سيكولوجية
الاطفال غير العاديين وتعليمهم
Exeptional Learners

Authorized translation from the English Language edition
Entitled EXCEPTIONAL LEARNERS INTRODUCTION
TO SPECIAL EDUCATION 10th Edition HALHAN
DAN P : KAUFFMAN JAMES M. published by pearson
Education, Inc. publishing as Allen & Bacon, Copyright 2006

عنوان الكتاب: سيكولوجيا الأطفال غير العاديين تعليمهم

المؤلف : دانيال ب. هالان، جيمس م. كوفمان / ترجمة: عادل عبد الله محمد

رقم التصنيف: 371.9

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: 2007/10/3280

الموضوع الرئيسي: التعليم الخاص//سيكولوجية الطفولة//الأطفال

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى: 1428-2008

حقوق الطبع محفوظة لـ

دار الفكر
ناشرون وموزعون

www.daralfiker.com

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان

ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري

هاتف: 4621938 6 962+ فاكس: 4654761 6 962+

ص.ب: 183520 عمان 11118 الأردن

بريد الكتروني: info@daralfiker.com

بريد المبيعات: sales@daralfiker.com

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher.

جميع الحقوق محفوظة. لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أيّ جزء منه، أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات، أو نقله بأيّ شكل من الأشكال، دون إذن مسبق من الناشر.

ISBN 978-9957-07-557-6

أيهم علي الفاعوري
ماجستير تربية خاصة

سيكولوجية
الاطفال غير العاديين وتعليمهم

تأليف

دانيـــــال.ب. هالاهان جيـمس.م. كـوفـمـان

جـامـعـة فـرجـيـنيـا

ترجمة

أ. د. عادل عبدالله محمد

كلية التربية- جامعة الزقازيق- مصر

الطبعـــة الأولى

1428-2008

دار الفكر
ناشرون ومُوزعُون

إهداء

إلى كل أب وكل أم ..

لهما طفل غير عادي..

إلى كل معلم.. وكل باحث.. وكل دارس..

في مجال التربية الخاصة..

إلى كل المهتمين بالأطفال غير العاديين..

في وطننا العربي ..

الفهرس

مقدمة 27

الفصل الأول : غير العاديين والتربية الخاصة

مقدمة 35

التعريف التربوي للأطفال غير العاديين 41

التركيز على جوانب القوة

نسق التربية الخاصة وإشباع حاجات الأطفال

خطط التعليم الفردية 44

معدل انتشار الأطفال غير العاديين 45

تعريف التربية الخاصة 47

تقديم خدمات التربية الخاصة 47

أدوار المعلم 53

العلاقة بين التربية العامة والخاصة 53

ماذا نتوقع من المعلمين عامة؟ 55

التوقعات من معلمي التربية الخاصة 59

أصول التربية الخاصة وجذورها 62

الأفراد والأفكار 63

تطور التربية الخاصة كنظام 67

المنظمات المهنية والوالدية 68

التشريعات 69

اتجاهات مختلفة في التشريع والتقاضي 70

الهدف من التشريع: البرنامج التربوي الفردي 76

وجهة نظر في يطور التربية الخاصة 86

الخلاصة 88

الفصل الثاني : أهم الاتجاهات السائدة في التربية الخاصة

مقدمة 94

دمج الأفراد المعوقين في المجتمع الأكبر 94

الجذور الفلسفية والتاريخية للدمج 95

الاتجاهات السائدة ---------- 101
الضم أو الاحتواء الكامل في مقابل متصل التسكين البديل ---------- 101
المقدمات اللازمة للضم أو الاحتواء الكامل ---------- 103
بعض الآراء المناهضة للضم أو الاحتواء الكلي ---------- 111
الرضا عن متصل التسكين والحاجة إليه ---------- 112
عدم رغبة أو قدرة معلمي التعليم العام على مسايرة جميع الأطفال ---------- 115
إقرار أن الأفراد المعوقين يمثلون أقلية يعتبر خطأ ---------- 115
عدم الرغبة في الاستفادة من الأدلة الإمبيريقية المتاحة يعتبر عدم مسؤولية مهنية ---------- 116
الأدلة الإمبيريقية المتاحة لا تؤيد الضم أو الاحتواء الكلي ---------- 117
الإبقاء على متصل التسكين ---------- 118
الممارسات المرتبطة بالدمج ---------- 118
التعلم التعاوني ---------- 123
بعض الأمور ذات الأهمية بالنسبة للضم ---------- 125
المشاركة في التقييم العام لمدى التحسن الذي يطرأ على الطفل ---------- 126
الاتجاهات السائدة في تقييم ذوي الإعاقات في إطار الضم ---------- 126
بعض الأمور المتصلة بتقييم تحسن الطفل ---------- 131
استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة ---------- 132
الاتجاهات السائدة في مجال استخدام التكنولوجيا الحديثة في التربية الخاصة ---------- 134
بعض الأمور ذات الأهمية ---------- 134
التدخل المبكر ---------- 135
أنواع البرامج ---------- 138
أهم الاتجاهات السائدة في التدخل المبكر ---------- 139
الدور المناسب للأسرة في التدخل المبكر ---------- 140
برامج التدخل المبكر التي توجهها حاجات الطفل في مقابل تلك التي يوجهها الراشدون ---------- 141
دمج الأطفال المعوقين في سن مبكر مع أقرانهم العاديين ---------- 142
بعض الأمور المتعلقة بالتدخل المبكر ---------- 142
الانتقال إلى مرحلة الرشد ---------- 144
التشريعات الفيدرالية ---------- 145
الاتجاهات السائدة فيما يتعلق ببرامج الانتقال: ---------- 147
بعض الأمور المتصلة ببرامج الانتقال ---------- 149
فرض النظام والتهذيب على الطلاب ذوي الإعاقات ---------- 150

الاتجاهات السائدة في مجال فرض النظام على هؤلاء الطلاب 152
بعض الأمور المتعلقة بفرض النظام 154
بعض الأفكار التي تتعلق بالاتجاهات السائدة في التربية الخاصة 157
الخلاصة 158

الفصل الثالث : مظاهر التعدد الثقافي والثنائية اللغوية في التربية الخاصة
مقدمة 166
التربية والتنوع الثقافي: مفاهيم للتربية الخاصة 171
التربية الخاصة متعددة الثقافات وثنائية اللغة 178
التقييم 184
التعليم 189
تعليم التسامح والتقبل 194
العمل مع الأسر 195
تحسين تعليم اللغة من جانب طلاب الأقليات 196
اللجوء إلى الممارسات التدريسية الفعالة 198
التنشئة الاجتماعية 202
الخلاصة 208

الفصل الرابع : أسر الأطفال غير العاديين
مقدمة 212
تغير آراء الأخصائيين عن الوالدين 212
تأثير الطفل المعوق على الأسرة 216
أولاً: ردود فعل الوالدين للطفل المعوق 217
مدخل النظرية المرحلية 217
الشعور بالذنب 218
التعامل مع عامة الناس 219
التعامل مع مشاعر الطفل 220
توافق الوالدين 221
ردود فعل الوالدين للضغوط 221
تغير الآراء حول توافق الوالدين 222
ثانياً : ردود فعل الأخوة للطفل المعوق 224
توافق الأخوة 225

اشتراك الأسرة في علاج وتعليم أطفالها المعوقين ـــــــ

3- الاضطرابات النمائية التي تؤثر على تكوين الجنين 269
4- المؤثرات البيئية 269
ثانياً: أسباب أثناء الولادة: 270
ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة : 271
1- الأسباب البيولوجية 271
2- الأسباب النفسية الاجتماعية 272
تقييم التخلف العقلي 274
1- اختبارات الذكاء 274
2- المهارات التكيفية 276
الخصائص النفسية والسلوكية للمتخلفين عقلياً 277
ربط المتلازمات الجينية بالأنماط السلوكية الكلية أو العامة 280
بعض الاعتبارات التربوية 282
1- الضم أو الاحتواء والمهارات ذات الأهمية 282
2- تحديد الذات 282
أساليب التدريس 284
التلاميذ في مستوى التخلف العقلي البسيط أو الذين يحتاجون مساندة أقل شمولاً 285
التلاميذ في مستوى التخلف العقلي الأكثر شدة أو الذين يتطلبون المزيد من المساندة الشاملة 285
1- التعليم النظامي أو المنتظم 286
2- التعليم في مواقف حياة واقعية باستخدام مواد أو أدوات حقيقية 287
3- التقييم السلوكي الوظيفي وتدعيم السلوك الإيجابي 288
نماذج تقديم الخدمة 290
التدخل المبكر 290
البرامج الوقائية في الطفولة المبكرة 291
البرامج الإنمائية في الطفولة المبكرة 293
الانتقال إلى مرحلة الرشد 294
تحقيق التكيف والتوافق في المجتمع 298
العمل وشغل وظيفة معينة 300
آفاق مستقبلية 303
الخلاصة 304

الفصل السادس : الأطفال ذوو صعوبات التعلم

مقدمة 312
تعريف صعوبات التعلم 313
العوامل التي توضع في الاعتبار عند تعريف صعوبات التعلم 316
اختلال الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي 316
اضطراب العمليات السيكلوجية 317
التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل 317
التعريف الفيدرالي لصعوبات التعلم 319
تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم 321
أوجه الشبه والاختلاف بين التعريفين 321
نحو تعريف جديد أو معدل لصعوبات التعلم 323
نسبة انتشار صعوبات التعلم 323
أسباب صعوبات التعلم 325
(1) العوامل الجينية أو الوراثية 328
(2) عوامل تؤدي إلى حدوث تشوهات في التركيب العضوي 329
(3) عوامل طبية 330
أساليب التقييم 330
1- التقييم المقنن للتحصيل 330
2- التقييم التقويمي أو التكويني 331
3- التقييم غير الرسمي 334
4- التقييم الأصيل أو الحقيقي 335
الخصائص النفسية والسلوكية لذوي صعوبات التعلم 336
التباين بين الشخصي أو الاجتماعي 336
التباين الشخصي أو الذاتي 337
مشكلات التحصيل الأكاديمي 337
القراءة 337
اللغة المكتوبة 238
اللغة المنطوقة 338

الحساب 339
مشكلات الإدراك الحسي والإدراك الحسي الحركي والتآزر العام 340
اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي المفرط 341
مشكلات الذاكرة والمشكلات المعرفية ومشكلات ما وراء المعرفة 341
الذاكرة 341
المعرفة 342
ما وراء المعرفة 342
المشكلات الاجتماعية الانفعالية 344
المشكلات المرتبطة بالدافعية 345
الطفل ذو صعوبات التعلم كمتعلم خامل يعاني من قصور في استخدام الاستراتيجيات المختلفة 346
بعض الاعتبارات التربوية 347
التدريب المعرفي 347
التعليم الذاتي 348
مراقبة الذات 349
التعليم القائم على التدعيم 350
التدريس التبادلي 351
التعليم المباشر 352
أفضل الممارسات في التدريس للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم 353
نماذج تقديم الخدمة 353
التدخل المبكر 354
الانتقال إلى مرحلة الرشد 357
العوامل المرتبطة بالانتقال الناجح 357
البرامج المقدمة بالمدارس الثانوية 358
المهارات الوظيفية 359
العمل والدراسة 359
المهارات الأساسية 359
الشرح والتدريب في المجالات الدراسية 359
استراتيجيات التعلم 359
التدريس المشترك 360

النصح والتشاور ---------- 360
البرامج المقدمة بعد المرحلة الثانوية ---------- 360
الخلاصـة ---------- 364

الفصل السابع : الأطفال ذوو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط
مقدمـة ---------- 370
نظرة تاريخية سريعة ---------- 370
الأطفال الذين وصفهم ستيل بالقصور في الضبط الأخلاقي ---------- 371
الجنود الذين أصيبوا في الدماغ أثناء الحرب العالمية الأولى كما وصفهم جولدشتين 372
متلازمة أعراض شتراوس ---------- 372
أعمال كرويكشانك ---------- 373
الإصابة الدماغية البسيطة ومتلازمة أعراض الطفل مفرط النشاط ---------- 373
تعريف الاضطراب ---------- 374
معدل الانتشار ---------- 375
التقييم ---------- 380
الأسباب المؤدية للاضطراب ---------- 383
مناطق المخ التي تتأثر بهذا الاضطراب ---------- 383
الفصوص الأمامية والكتل العصبية القاعدية والمخيخ ---------- 384
الناقلات أو الموصلات العصبية ---------- 385
الدوبامين ---------- 385
العوامل الوراثية ---------- 386
المواد السامة والعوامل الطبية ---------- 387
الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المضطربين ---------- 387
نموذج باركلي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ---------- 388
المهارات التكيفية ---------- 390
المشكلات الاجتماعية مع الأقران ---------- 391
حالات متزامنة ---------- 392
- صعوبات التعلم ---------- 392
- الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ---------- 392
- إساءة استخدام المواد ---------- 392
بعض الاعتبارات التربوية ---------- 393
التقييم الوظيفي والإدارة المشروطة للذات ---------- 396

دور التعزيز 397
نماذج تقديم الخدمة 398
بعض الاعتبارات الطبية 399
معارضة تعاطي الريتالين 400
الأدلة التي كشفت عنها البحوث 400
الفاعلية 401
الآثار الجانبية وغير المستجيبين للعلاج 401
إساءة استخدام العقاقير 402
الاحتياطات المتعلقة بالريتالين 402
التدخل المبكر 404
الانتقال إلى مرحلة الرشد 404
تشخيص الاضطراب في مرحلة الرشد 405
النتائج المترتبة على الاضطراب في مرحلة الرشد 407
شغل المهنة 407
الزواج وتكوين الأسرة 407
أهمية التدريب 410
الخلاصـــة 412

الفصل الثامن : الأطفال المضطربون سلوكياً أو انفعالياً

مقدمـــة 418
تحديد المصطلحات 420
تعريف الاضطراب 422
بعض المشكلات التي تتعلق بتعريف الاضطراب 422
التعريفات الراهنة 424
التصنيف 427
معدل انتشار الاضطراب 430
الأسباب المؤدية للاضطراب 432
العوامل البيولوجية 434
العوامل الأسرية 437
العوامل المدرسية 439
العوامل الثقافية 440
تحديد وتشخيص الاضطراب 442

الخصائص النفسية والسلوكية المميزة للأطفال المضطربين ---------- 446
الذكاء والتحصيل ---------- 446
الخصائص الاجتماعية والانفعالية ---------- 446
- السلوك العدواني (النمط الخارجي للسلوك) ---------- 449
- العدوان ---------- 450
- السلوك الانسحابي أو غير الناضج (النمط الداخلي للسلوك) ---------- 452
بعض الاعتبارات التربوية ---------- 455
النماذج التصورية المتباينة ---------- 456
النموذج النفسي التربوي ---------- 456
- أنـــدي ---------- 457
النموذج السلوكي ---------- 460
- سفين ---------- 460
تحقيق التوازن بين التعليم الأكاديمي والتعلم الاجتماعي لضبط السلوك ---------- 461
أهمية التكامل بين المؤسسات المختلفة لتقديم الخدمات ---------- 462
نماذج تقديم الخدمة ---------- 464
بعض الاعتبارات التعليمية ---------- 466
بعض الاعتبارات المتعلقة بفرض نظام خاص عليهم ---------- 468
التقييم الوظيفي للسلوك وتدعيم السلوك الإيجابي ---------- 469
التدخل المبكر ---------- 472
الانتقال إلى مرحلة الرشد ---------- 477
الخلاصة ---------- 480

الفصل التاسع : الأطفال ذوو اضطرابات التواصل

مقدمـــة ---------- 484
تعريف الاضطراب ---------- 485
معدل انتشار الاضطراب ---------- 486
النمو اللغوي واضطراب اللغة ---------- 486
تصنيف اضطرابات اللغة ---------- 493
التقييم ---------- 495
النمو المتأخر للغة ---------- 497
اضطرابات اللغة المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية ---------- 499
بعض الاعتبارات التربوية ---------- 501

تباين أشكال التواصل ـــــــ

- التحصيل الأكاديمي ـــــــ

التعريف القانوني لكف البصر 588
التعريف التربوي 588
نسبة الانتشار 589
تشريح وفسيولوجيا العين 589
أسباب الإعاقة البصرية 593
بعض الخصائص النفسية والسلوكية المميزة للمكفوفين وضعاف البصر 597
- النمو اللغوي 597
- القدرة العقلية 598
أ - الأداء على اختبارات الذكاء المقننة 598
ب- القدرات الحسية 598
- التوجه والحركة 599
أ - الإحساس بوجود العقبات في المكان 601
ب- خرافة حدة الحواس 602
- التحصيل الأكاديمي 602
- التوافق الاجتماعي 603
- السلوكيات النمطية 604
بعض الاعتبارات التربوية 605
- طريقة برايل 606
- استغلال بقايا الإبصار أو الإبصار المتبقي 610
- مهارات الإنصات 611
- التدريب على التوجه والحركة 612
أ- العصا الطويلة 612
ب- الكلب المرشد 614
جـ- الشخص المرشد 616
الوسائل التكنولوجية المساعدة 617
أ - الوسائل التكنولوجية المساعدة في مجال التواصل 617
ب- الوسائل التكنولوجية المساعدة في مجال التوجه والحركة 619
جـ- الاحتياطات التي تتعلق باستخدام التكنولوجيا 620
نماذج تقديم الخدمة 622
التدخل المبكر 623
الانتقال إلى مرحلة الرشد 624

الحياة المستقلة 624
التوظيف أو التشغيل 626
الخلاصة 268

الفصل الثاني عشر : الأطفال ذوو اضطرابات طيف التوحد
مقدمة 634
نظرة تاريخية؛ بحوث كانر وأسبرجر 634
بحث كانر 635
بحث أسبرجر 636
تعريف اضطرابات طيف التوحد 636
تعريف اضطراب التوحد 638
تعريف متلازمة أو اضطراب أسبرجر 639
معدل انتشار اضطرابات طيف التوحد 639
هل هناك و باء يعرف باضطراب التوحد ؟ 640
أسباب اضطراب التوحد 641
النظريات السببية الأولى أو المبكرة 642
النظريات السببية الراهنة 645
الأساس العصبي لاضطرابات طيف التوحد 646
الأساس الوراثي لاضطرابات طيف التوحد 648
التقييـــــم 649
أهم الخصائص السيكولوجية و السلوكية المميزة 651
الخصائص المميزة لاضطراب التوحد 652
الخصائص المميزة لاضطراب أو متلازمة أسبرجر 656
نحو بناء نظرية موحدة لاضطرابات طيف التوحد 661
بعض الاعتبارات التربوية 663
المبادئ الأساسية التي تتضمنها البرامج التربوية 669
التي تقدم للتلاميذ ذوي اضطرابات طيف التوحد
1- التعليم المباشر للمهارات 671
2- إدارة السلوك 674
3 - التعليم في المواقع أو المواقف الطبيعية 675
الإستراتيجيات التربوية المستخدمة لتعليم المهارات الاجتماعية 675
للتلاميذ ذوي متلازمة أسبرجر

1- التفسير الاجتماعي 676
2- التـدريـب 677
نماذج تقديم الخدمة 677
التدخـل المبكـر 680
الانتقال إلى مرحلتي المراهقة والرشد 681
برامج الانتقال للأفراد التوحديين 681
برامج الانتقال للأفراد ذوي متلازمة أسبرجر 682
الخلاصـة 685

الفصل الثالث عشر : الأطفال ذوو الإعاقات قليلة الانتشار، والإعاقات المزدوجة، والإعاقات الشديدة

مقدمة 692
إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات 693
تعريف هذه الإصابات والخصائص المميزة لها 694
معدل الانتشار 697
الأسباب المؤدية للإعاقة 698
بعض الاعتبارات التربوية 699
اضطرابات اللغة 701
المشكلات الاجتماعية والانفعالية 702
الإعاقة السمعية البصرية 704
التعريف 705
معدل الانتشار 707
أسباب الإعاقة 707
1- المتلازمات المرضية الجينية أو الكروموزومية 707
أ - متلازمة تشارج 708
ب- متلازمة أوشر 709
جـ- متلازمة داون 711
2- حالات ما قبل الولادة 711
3- حالات ما بعد الولادة 711
الخصائص السلوكية والسيكلوجية المميزة 711
مشكلات في الحصول على المعلومات 712
مشكلات في التواصل 712

مشكلات في التحرك والتجول في أرجاء البيئة ـــــــ

الفصل الرابع عشر: الأطفال المعوقون جسمياً وذوو الاعاقات الصحية الاخرى

مقدمة 746
تعريف الإصابة وتصنيفاتها 747
معدل الانتشار 748
الإعاقات الحركية العصبية 749
الشلل الدماغي (الإعاقة الدماغية) 750
الأسباب والأنماط 751
الإعاقات المصاحبة والتطبيقات التربوية 753
اضطراب التشنج (الصرع) 754
الأسباب والأنماط 754
التطبيقات التربوية 756
انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي 758
التطبيقات التربوية 759
اضطراب أحد الأعضاء أو الاضطرابات العضلية الهيكلية 760
الحالات الأخرى التي تؤثر على صحة الفرد وقدراته الجسمية 761
الربـو 762
التكوينات الوراثية الشاذة والاضطرابات 762
متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) 763
إساءة استخدام الأم الحامل للمواد 763
الوقاية من الإعاقات الجسمية 765
بعض الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين جسمياً 767
التحصيل الأكاديمي 767
خصائص الشخصية 768
أ - استجابة عامة الناس وردود فعلهم 768
ب- استجابة الأطفال والأسر أو ردود فعلهم 769
الجراحة الترقيعية والأجهزة التعويضية والوسائل التكيفية للحياة اليومية 771
بعض الاعتبارات التربوية 774
التخطيط على أساس فردي 775
التسكين التربوي 776
الأهداف التربوية والمناهج الدراسية 777
الاستفادة من الأنساق الأخرى ذات الصلة 779
التدخل المبكر 780

الانتقال إلى مرحلة الرشد 783
اختيار المهنة 785
الجنسية الاجتماعية 787
الخلاصـــة 789

الفصل الخامس عشر : الأطفال الموهوبـون والمتفوقون

مقدمـة 794
تعريف الموهبة 795
معدل الانتشار 803
أصول الموهبة وجذورها 803
تحديد الموهبة 807
بعض الخصائص السيكلوجية والسلوكية للأطفال الموهوبين 809
القيم الثقافية المتعلقة بالأطفال ذوي المواهب الخاصة وتربيتهم 814
بعض مجموعات المهمشين من الطلاب الموهوبين 815
الأطفال الموهوبون منخفضو التحصيل 816
الأطفال الموهوبون من جماعات الأقليات الثقافية والعرقية 817
الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات 819
البنات الموهوبات 821
بعض الاعتبارات التربوية 823
الإسـراع 827
الإثـراء 828
التدخـل المبكـر 829
الانتقال إلى مرحلة الرشـد 832
الخلاصـــة 835
المراجع 839

مقدمة

الحمد لله رب العالمين الذي خلقنا فأحسن خلقنا فتبارك الله أحسن الخالقين، ونسأله سبحانه أن يحسن خُلُقنا كما أحسن خلقنا .. ونحمده سبحانه على أن عافانا مما ابتلى به كثيراً غيرنا .. وعلى أن جعلنا وسطاً .. حيث قال سبحانه في الآية 143 من سورة البقرة ﴿ وَكَذَلِكَ جَعَلْنَاكُمْ أُمَّةً وَسَطاً لِتَكُونُوا شُهَدَاءَ عَلَى النَّاسِ وَيَكُونَ الرَّسُولُ عَلَيْكُمْ شَهِيداً... ﴾. وصلوات ربي وسلامه على خير خلقه أجمعين وخاتم رسله سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً كثيراً ..

وبعـــد،،،

تشهد فئات غير العاديين اهتماماً كبيراً بهم في وقتنا الراهن، ولم يسبق لمثل هذه الفئات أن نالت اهتماماً مماثلاً من قبل، بل إن هناك توصيات عديدة لوزارة التربية والتعليم بأن تعمل على تحقيق الدمج الشامل لتلك الفئات في مدارس التعليم العام لتغلق الباب بذلك أمام الاجتهادات السالفة وما دار من جدل طويل وكثير من قبل حول إمكانية دمج أعضاء هذه الفئات في التعليم العام، وهل يكون مثل هذا الدمج جزئياً أم كلياً، كما أن تجارب الدمج الجزئي السابقة لم تزد عن كونها دمجاً مكانياً فقط، ولم تتجاوز بذلك حدود الدمج المكاني أي وجود الطرفين في نفس المكان، وإن كان البعض قد قام بوضع قيود أخرى في ذلك الحيز المكاني ليفصل بذلك بين هذين الطرفين من جديد، ويضع نهاية غير سعيدة لمثل هذه الخبرات.

ومما لا شك فيه أن دمج هذه الفئات في التعليم العام ليس بالأمر الهين، كما أن تعليمهم في إطار التعليم العام ليس سهلاً تحت أي ظروف. وفضلاً عن ذلك فإن إعداد البرامج اللازمة لتعليمهم، وتأهيلهم يعتبر أمراً صعباً خاصة إذا ما عرفنا أن كل طفل يحتاج إلى خطة تعليم فردية، أي أن تلك الخطة تختلف من طفل إلى آخر، ومن إعاقة إلى أخرى، بل ومن بيئة إلى أخرى. فما يحتاجه الطفل المتخلف عقلياً يختلف قطعاً عما يحتاجه الطفل التوحدي، أو الطفل الأصم، أو الكفيف، أو المعوق جسمياً على سبيل المثال، وما يحتاجه الطفل الذي يعاني من إحدى صعوبات التعلم يختلف عما يحتاجه الطفل المضطرب سلوكياً أو انفعالياً، أو ما يحتاجه الطفل الذي يعاني من قصور الانتباه، أو الطفل الذي يعاني من الشلل الدماغي، أو ذلك الطفل الذي يعاني من اضطرابات التواصل. كذلك فإن ما يحتاجه الطفل الموهوب يختلف تماماً عما يحتاجه كل هؤلاء الأطفال، بل إنه في الواقع يختلف عما يحتاجه الطفل العادي ذاته. والأكثر من ذلك أن كل فئة من هذه الفئات لا تمثل فئة متجانسة من الأفراد على الإطلاق حيث توجد فروق فردية بين أعضائها جميعاً وذلك إلى الدرجة التي تجعلنا لا نجد طفلين يتشابهان تماماً سواء في درجة أو شدة الإعاقة، أو تلك الأسباب التي تكون قد أدت بهما إليها، أو في تركيبهما أو تكوينهما الفسيولوجي، وبالتالي لا يتشابهان في سلوكهما. كما أن كل فئة تقريباً تضم أنماطاً عديدة من الإعاقات التي يمكن أن تندرج جميعاً تحت الإعاقة الكبرى التي تعرف الفئة باسمها وهو الأمر الذي ينطبق على الغالبية العظمى من هذه الفئات ما لم ينطبق عليها جميعاً دون استثناء.

ومن هذا المنطلق يتضح أن فئات غير العاديين ما هي إلا تلك الفئات التي تجمع بين الحالات الطرفية أو المتطرفة ارتفاعاً وانخفاضاً وذلك عقلياً معرفياً، وانفعالياً، وسلوكياً، وجسمياً، وخلقياً، وحسياً، وأكاديمياً، وقيادياً أو أدائياً أو إبداعياً أو حسياً حركياً، وما إلى ذلك. ومن ثم فإن فئات غير العاديين بذلك

تتعدد وتتباين، وهي وإن اختلفت فيما بينها فإن كلاً منها تتطلب قدراً كبيراً من الاختلاف في التربية، والرعاية، والتعليم بما يتطلبه من برامج متباينة، وخدمات متنوعة، ومعلمين، وأخصائيين، وإجراءات متعددة، وترتيبات مختلفة، وما إلى ذلك وهو الأمر الذي يزيد من الصعوبة التي ترتبط بها.

ومن الجدير بالذكر أن الصعوبات التي ترتبط بمثل هذه الفئات إنما تظهر منذ ميلاد الطفل، وربما قبل ميلاده حيث تتطلب الأم الحامل رعاية خاصة حتى نقلل من احتمالات ميلاد أطفال على هذه الشاكلة. وفضلاً عن ذلك فنحن في حاجة ماسة إلى تضافر العديد من الجهود حتى نتمكن من الوصول إلى التشخيص الجيد لهؤلاء الأطفال وذلك منذ وقت مبكر في حياتهم حتى يمكننا أن نقدم لهم برامج التدخل المبكر التي تعد ضرورية للغاية بالنسبة لهم والتي تبدأ منذ العام الأول من ميلادهم أي خلال ذلك العام، ثم البرامج التي ترعى انتقالهم للمراهقة والرشد سواء التي تعمل على إعداد بعض هذه الفئات لمواصلة التعليم بعد المرحلة الثانوية أو التي تعمل على إعدادهم مهنياً لشغل مهنة معينة.

أما بالنسبة لفئة الموهوبين والتي تعد بمثابة الفئة الوحيدة المتطرفة ارتفاعاً فإن الأمر لا يختلف عما تعرضنا له هنا فهي تختلف عن كل هذه الفئات كما أوضحنا، بل وتختلف حتى عن فئة العاديين، وتضم أنماطاً عديدة من المواهب، وتعتبر فئة غير متجانسة من الأفراد، ويتطلب أعضاؤها رعاية خاصة، وخدمات خاصة في إطار نسق التربية الخاصة. وقد يكون من الصعب دمج أعضائها مع العاديين حتى وإن رأى البعض أن ذلك يفيد الأطفال العاديين، ويدفع بهم إلى الأمام قدماً، ويثير دافعيتهم فإنه بلا شك يضر بالأطفال الموهوبين حيث يشعرهم بالملل، ويقلل من اهتمامهم بالموضوع المثار، بل وقد يصرفهم عنه نتيجة عدم وجود ما يمكن أن يثير قدراتهم ويمثل تحدياً لها حيث يجدون أن ما يتعلمونه ليس جديداً عليهم، بل إنهم قد يجيدونه في الواقع منذ سنوات، وبالتالي فهو يقل عن مستواهم. ومن هنا يصبح لزاماً علينا أن نقدم لهم ما

يمكن أن يثير قدراتهم، ويمثل تحدياً لها، ويقدم لهم الجديد، ويسمح لهم بتقديم الجديد الذي يمثل النتاج الابتكاري من جانبهم، وما إلى ذلك.

أما عن هذا الكتاب فهو لاثنين من أشهر المتخصصين في التربية الخاصة على مستوى العالم بأسره هما **دانيال هالاهان Hallahan, D.** و**جيمس كوفمان Kauffman, J.**، وهو كتاب حديث جداً، بل إنه يعتبر من أحدث ما كتب في هذا المجال، كما أنه يزخر بأحدث ما توصل إليه الباحثون والعلماء والمختصون في التربية الخاصة عامة، بل وفيما يتعلق بكل فئة من تلك الفئات التي تضمها، وكيفية تعليم أعضاء هذه الفئة أو تلك. لذا فقد آليت في ترجمتي له وتقديمي لمادته العلمية أن يكون أسلوبه سلساً، ورصيناً، وأن أعرض له بأسلوب شيق بحيث يمكن أن يستفيد منه المعلم، والوالد، والدارس، والباحث، والطالب، وكل من له صلة بالفئات الخاصة حتى يمكن أن تعم الفائدة التي يمكننا أن نحققها من خلاله.

ويضم هذا الكتاب بين طياته **خمسة عشر فصلاً** حيث يتناول الفصل الأول غير العاديين والتربية الخاصة ويعرض لتعريفهم تربوياً، ونسق التربية الخاصة المتبع معهم، وكيفية إشباع حاجاتهم، وخطط التعليم الفردية، وتقديم الخدمات المختلفة لهم، ثم يختتم بتطور التربية الخاصة. ويتناول الفصل الثاني أهم الاتجاهات السائدة في التربية الخاصة ويعرض للدمج والضم أو الاحتواء الكامل بما له وما عليه، ومتصل التسكين الخاص بهم، وتعليمهم وفقاً لذلك، واستخدام التكنولوجيا الحديثة في هذا الصدد، ثم يعرض لتعليمهم من خلال برامج التدخل المبكر، والانتقال إلى الرشد. ويعرض الفصل الثالث لمظاهر التعدد الثقافي والثنائية اللغوية في التربية الخاصة، ويتناول أموراً هامة بالنسبة لهم كالتقييم، والتعليم، والتنشئة الاجتماعية.

أما الفصل الرابع الذي يضمه هذا الكتاب فيتناول أسر الأطفال غير العاديين،

ويعرض لذلك الدور الذي تلعبه الأسرة بالنسبة للطفل، وما يمكن أن تضيفه الأسرة للمعلم، والدور الذي تلعبه في علاج وتعليم الطفل، والمساندات الأسرية أي تلك المساندات التي تقدمها الأسرة سواء كانت مساندة اجتماعية، أو انفعالية، أو معلوماتية، أو مساندة عن طريق تقديم مختلف المواد ذات الأهمية في هذا الإطار، أو ما يمكن أن تقدمه من مساندة من مختلف أعضائها أو حتى من الأصدقاء والجيران للطفل ودورها في هذا الصدد. وفضلاً عن ذلك فإن هذا الفصل يتعرض أيضاً لتلك الضغوط المختلفة التي يتعرض لها الوالدان بل وأسرة الطفل المعوق عامة، والكيفية التي يمكنها بها أن تساير مثل هذه الضغوط، وأن تتصدى لها وتواجهها. كما يتناول أيضاً لكيفية حدوث التكامل بين كل من الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي في سبيل تقديم الخدمات المختلفة للطفل. وجدير بالذكر أن اللجوء إلى الأسرة في سبيل تحقيق الفائدة للطفل وذلك من خلال تقديم الإرشاد الأسري اللازم في هذا المضمار إنما يعد من الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة حيث تلعب الأسرة الدور الأكبر بالنسبة لرعاية الطفل، كما تتحمل العبء الأكبر فيما يتعلق بتربيته أو تعليمه أو تنشئته عامة وهو الأمر الذي يسهم كثيراً في تعليم وتنشئة هؤلاء الأطفال غير العاديين.

ويعرض الكتاب بداية من **الفصل الخامس** وحتى الفصل الأخير أي حتى الفصل الخامس عشر لفئات التربية الخاصة أو غير العاديين وذلك بواقع فئة واحدة تقريباً في كل فصل باستثناء فصل واحد فقط بحيث يعرض بالنسبة لكل فئة تعريفها، ومفهومها، ومعدلات انتشارها، والأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها، ثم تشخيصها وتقييمها، وأهم الخصائص النفسية والسلوكية المميزة لأعضاء هذه الفئة أو تلك، وبعض الاعتبارات التربوية التي ينبغي مراعاتها عند تعليمهم، وأهم أساليب التدريس المتبعة معهم، ثم يتطرق بعد ذلك إلى أهم النماذج التي يتم اتباعها في سبيل تقديم الخدمة لهم، وينتهي بعرض لكيفية استخدام برامج التدخل المبكر المختلفة معهم فضلاً عن كيفية استخدام برامج الانتقال إلى

الرشد في سبيل تعليمهم من ناحية أو إعدادهم لشغل وظيفة معينة من ناحية أخرى مع التعرض لبعض الآفاق المستقبلية الخاصة بكل فئة من هذه الفئات وذلك في الفصل الخاص بها، ثم يختتم الفصل بعرض ملخص سريع له فالمراجع التي تمت الاستفادة منها.

وفي هذا الإطار يتناول **الفصل الخامس** التخلف العقلي، ويعرض الفصل السادس لصعوبات التعلم، بينما يتناول الفصل السابع لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد، أما الفصل الثامن فيعرض لاضطرابات السلوكية أو الانفعالية في حين يعرض الفصل التاسع لاضطرابات التواصل. كما يعرض الفصل العاشر للإعاقة السمعية بما تضمه من صمم وضعف للسمع، ويتناول الفصل الحادي عشر للإعاقة البصرية بما تتضمنه من كف للبصر وضعف الإبصار. أما **الفصل الثاني عشر** فيعرض لتلك الإعاقات الشديدة وتضم إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات لاضطرابات طيف التوحد، ويعرض الفصل الثالث عشر، كما يعرض في ذات الوقت للإعاقات المزدوجة السمعية البصرية منخفضة الانتشار. ويعرض الفصل الرابع عشر للإعاقات الجسمية، بينما يعرض الفصل الخامس عشر للموهبة والأطفال الموهوبين.

ووفقاً لذلك فنحن نرى أن هذا الكتاب إنما يعرض لذلك الموضوع الهام من خلال استعراض **ثلاث نقاط أساسية** لها أهميتها القصوى في هذا المضمار. وعند استعراضنا لها فإننا سوف نجد أن **النقطة الأولى** من هذه النقاط تعرض لأهم الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة وتعليم غير العاديين، وتفرد فصلاً كاملاً للتعدد الثقافي والثنائية اللغوية كتمهيد لتقديم مدخل يعد من أهم وأحدث المداخل التي تستخدم في سبيل ذلك هو مدخل الازدواج الثقافي - الثنائية اللغوية. أما **النقطة الثانية** فتتمثل في تناول فئات غير العاديين، ومتصل

التسكين الخاص بأعضائها، وكيفية تعليم كل فئة من هذه الفئات. بينما تتمثل **النقطة الثالثة** من هذه النقاط في تلك النقطة الحديثة في إطار التربية الخاصة وهي ما تتعلق بدور الأسرة في هذا الصدد، وما يمكن أن تقدمه لمثل أولئك الأفراد غير العاديين.

وأخيراً أسأل الله سبحانه وتعالى أن أكون قد وفقت في اختياري لهذا الكتاب، وفي تقديمي له بتلك الكيفية، وفي عرضي له بهذا الأسلوب .. كما أسأله سبحانه وتعالى أن أضيف به جديداً إلى المكتبة العربية في التربية الخاصة .. وأن يجد فيه الآباء، والمعلمون، والأخصائيون، والدارسون، والباحثون، والطلاب عامة ضالتهم المنشودة، وأن يفيدهم فيما يسعون إليه، وفيما يودون تحقيقه في هذا المجال الحيوي والهام، وأن يفتح المجال أمامهم لنفع أعضاء هذه الفئات جميعاً بالشكل الذي يمكن أن يعود بالنفع على وطننا الحبيب، وعلى أمتنا العربية جمعاء ..

وبالله التوفيـــق ،،

وعلى الله قصد السبيل ،،،

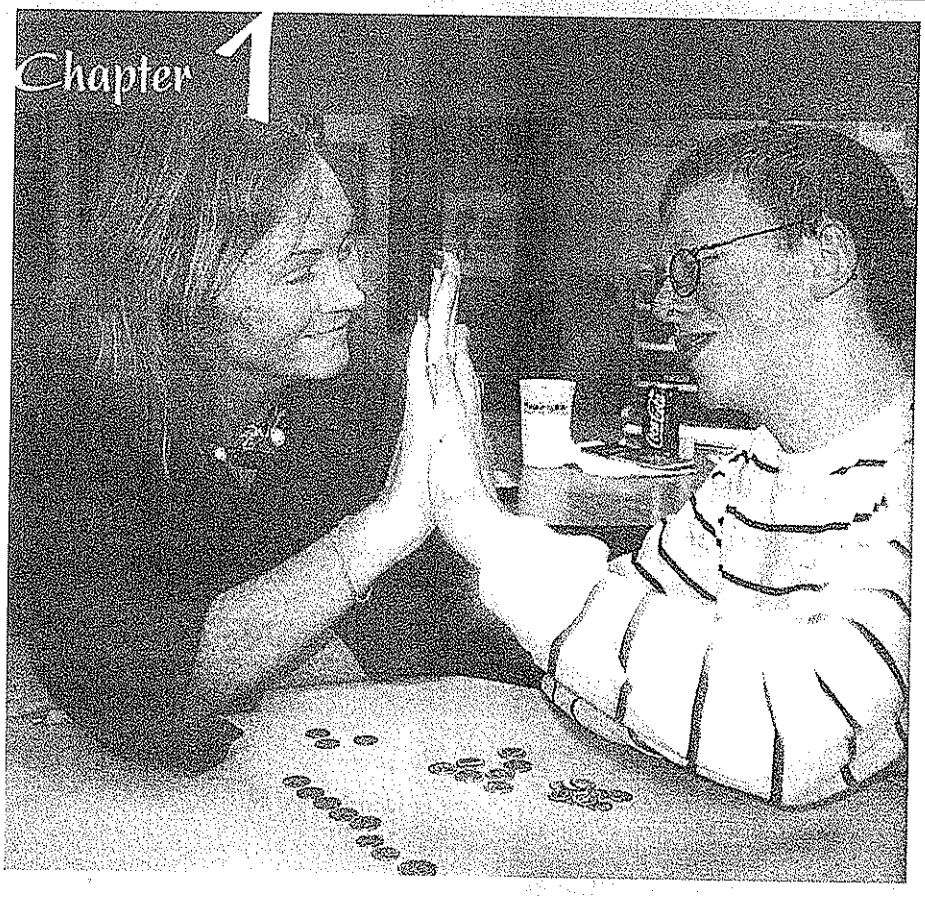
أ.د./عادل عبدالله محمد

الفصل الأول

1

غير العاديين والتربية الخاصة

Exceptionality and Special Education



اسئلة مساعدة على قراءة هذا الفصل:

- كيف يمكن ان تتعرف على غير العاديين والتربية الخاصة.
- ما هو التعريف التربوي للمتعلمين غير العاديين.
- ما هو انتشار التربوي للمتعلمين غير العاديين.
- ماذا تقدم التربية الخاصة.
- ما هي اصول التربية الخاصة.
- ما هي القوانين والانظمة التشريعية المؤثرة في التربية الخاصة.
- كيف يطبق القانون التربية الخاصة للتعليم الفردي لذوي الحاجات الخاصة.
- ما هي ابعاد وتطور التربية الخاصة.

معايير ومبادئ هذا الفصل:

التربية الخاصة Special ed

- فهم مجال التربية الخاصة وفهم تعبير التخصص اعتماده على الفلسفات والمبادئ المستخدم في الادلة والنظريات والقانون والساسات والابعاد والتاريخية والتنوعية والمشكلات الانسانية التي اثرت واستمرت في التأثير في التربية الخاصة والتربية وعلاج الافراد غير العاديين في كل من المدرسة والمجتمع.
- فهم التشابهات والظروفات في النمو الانساني وخصائص الافراد اللذين يحتاجون الى تعليم غير عادي.
- ادراك ان اتخاذ القرار التعليمي الفردي هو في التربية الخاصة وممارستها وتطوير تعليمية وذوى طويلة المدي في كل من مناهج التربية العامة والتربية الخاصة ونقل هذه الخطوط بعناية الى اهداف قصيرة المدى تأخذ بالاعتبار القدرات والحاجات الفردية والبيئات التعليمية والعوامل الثقافية اللغوية.

كل المعلمين : All teachers

- فهم المفاهيم الرئيسية وادوات ومبادئ هذا العلم من خلال ذلك يستطيع توفير خبرات تعليمية ذات دلالة ومعنى للطلاب.

- فهم كيف يتطور الاطفال ويتعلموا، وكيف يمكن أن تقدم الفرق التعليمية دعما لنمو الشخص والاجتماعي والعقلي لكل متعلم.

مقدمة:

تعد دراسة الأطفال غير العاديين بمثابة دراسة لتلك الفروق التي يمكن أن توجد فيما بينهم وبين بعضهم البعض من ناحية، وبينهم وبين الأطفال العاديين من ناحية أخرى حيث نجد أن كلاً من هؤلاء الأطفال يعتبر حالة فريدة، كما أنه من جانب آخر يختلف عن الطفل العادي بطريقة أو بأخرى. وباختصار فإننا نجد أن مثل هذا الطفل غير العادي قد يعاني من مشكلات مختلفة وذلك في التفكير، أو الإبصار، أو السمع، أو الكلام، أو الحركة، أو الجانب الاجتماعي، أو قد تكون لديه مواهب خاصة. ومن الملاحظ في وقتنا الراهن أن هناك أكثر من خمسة ملايين من هؤلاء الأطفال يتواجدون في المدارس العامة في كل أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية حيث نجد أن هناك طفلاً واحداً على الأقل من بين كل عشرة أطفال يعتبر غير عادي. ومن جانب آخر فإن العديد من الأطفال الذين نعتبرهم من العاديين يعانون في الواقع من مشكلات ترتبط بالمدرسة وهو الأمر الذي يجعل من دراسة موضوع الاستثناء أو غير العادية أمراً ملحاً للغاية.

وإذا كانت دراسة هؤلاء الأطفال تعد في أساسها دراسة للفروق فإنها تعتبر كذلك دراسة لأوجه الشبه حيث إن مثل هؤلاء الأطفال لا يختلفون عن الأطفال العاديين في كل شيء، ولكن هناك في واقع الأمر بعض أوجه الشبه التي يمكن أن توجد بين الطرفين. ففي الواقع نلاحظ أننا يمكن أن ننظر إلى غالبية الأطفال غير العاديين على أنهم عاديين في جوانب عديدة وذلك أكثر مما قد يبدو للبعض. وقد كان المتخصصون، وربما غير المتخصصين حتى وقت قريب يميلون إلى التركيز على تلك الفروق التي توجد بين الأطفال العاديين وغير العاديين، وغالباً ما كان الأمر يمتد إلى تلك الجوانب التي يتشابه فيها كل الأطفال. أما الآن فإننا نولي المزيد من الانتباه إلى ما يبديه الأطفال غير العاديين وأقرانهم العاديون بشكل عام من أوجه شبه في العديد من الخصائص المختلفة، والحاجات، وأساليب التعلم. ونتيجة لذلك أصبحت دراسة الأطفال غير العاديين أكثر تعقيداً إذ أن العديد من الحقائق التي تتعلق بأولئك الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات وأقرانهم الذين يبدون مواهب خاصة قد تعرضت لكثير من التحدي.

التعرف على غير العاديين والتربية الخاصة

Gelting oriented to exceptionelity and special education:

أن الطلاب الذين يدرسون أحد علوم الصعبه على سبيل المثال قد يتباهون أحياناً بصعوبة

المادة الدراسية التي يتعاملون معها وذلك بسبب تلك الحقائق الجمة التي ينبغي عليهم أن يقوموا بتذكرها، ووضعها مع بعضها البعض، وتناولها على هذا النحو. أما وضع الأطفال أو الطلاب في التربية الخاصة فيعد مختلفاً عن ذلك تماماً حيث نجدهم وإن كانوا يدرسون أو يتعلمون بعض الحقائق فإن مثل هذه الحقائق تعد قليلة نسبياً قياساً بتلك الأسئلة التي تتعلق بهم والتي لا تتم الإجابة عنها في الغالب. ومن جانب آخر فإن أي دراسة لبني البشر يجب أن تأخذ في الاعتبار تلك الجوانب الوراثية الغامضة وغير المتسقة إلى جانب غيرها من الجوانب المجهولة أو تلك الأمور الوراثية التي لا نزال نجهلها. وعندما ينحرف الفرد عن القاعدة أو المعيار المحدد فإننا يجب أن نقوم بمضاعفة كل الأسرار التي تتعلق بالسلوك الإنساني العادي والنمو عن وليس مفاجئا ان توجد بعض التشريعات التي تتعلق بالمتعلمين غير العاديين ونظراً لعدم وجود نظرية معينة تعد هي المقبولة فيما يتعلق بالنمو السوي أو العادي فإنه لن يكون من المدهش أن توجد هناك حقائق قليلة نسبياً تعتبر هي المحددة وذلك فيما يتعلق بالأطفال غير العاديين بشكل عام.

اسباب التفاءل: Reasons for optimism

هناك بعض معالم التور التي رسمها هنجر فورد Hungerford,1940 في صفة ... مقالة مناسبة وذات صلة. فالنسبة للغالبية العظمى من الحالات، أو قد نكون غير قادرين على تحديد ذلك السبب الذي يؤدي بالفرد الى ان يكون غير عادي وذلك على وجه الدقة. ومع ذلك فهناك بعض التقدم الذي تحقق بالفعل في مجال تحديد تلك الأسباب المسئولة عن حدوث بعض الإعاقات. وسوف نتناول في فصل لاحق العوامل المسببة لمتلازمة داون-Down`s syn drome وهي الحالة التي تظهر لدى العدد الأكبر من الأطفال الذين يتم تصنيفهم على أن لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط على الأكثر. وبالمثل فإن التهاب الشبكيةالناتج عن الخداج retinopathy of prematurity يعتبر من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية بين الأطفال. ومنذ أن تم تحديد السبب في هذه الحالة على وجه التحديد انخفض معدل الإصابة بها بين الأطفال بدرجة كبيرة.

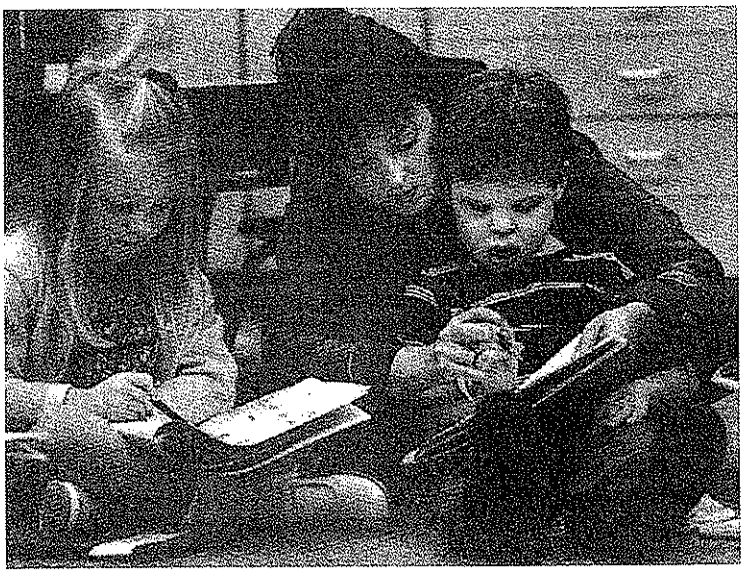
ومن جانب آخر فإن هناك سبباً من تلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى التخلف العقلي يرتبط باضطراب أيضي يسمى بالفينيلكيتونوريا phenylketonuria تم اكتشافه هو الآخر فأصبح يتم فحص الأطفال بشكل روتيني بمجرد ولادتهم للتأكد من عدم وجود هذا الاضطراب لديهم، أو الإسراع في علاجه إذا ما تم اكتشافه على أثر ذلك وهو الأمر الذي يمكن أن يسهم بصورة كبيرة في منع تطور الحالة إلى التخلف العقلي. وإلى جانب ذلك فقد تم حديثاً جداً اكتشاف وتحديد ذلك الجين المسئول عن التليف المراريcystic

fibrosis والذي يعد بمثابة مرض وراثي يتسم بوجود مشكلات مزمنة تتعلق بعمليتي الهضم والتنفس. كذلك فمن الأكثر احتمالاً أن يتم في المستقبل تحديد تلك الجينات التي تعد مسئولة عن العديد من الأمراض والاضطرابات الأخرى وهو الأمر الذي يمكن أن يزيد من احتمال اللجوء إلى العلاج الجيني gene therapy في سبيل منع حدوث العديد من حالات الإعاقات أو علاجها.

ومن الجدير بالذكر أن بإمكاننا الآن أن نتدخل جراحياً في سبيل علاج بعض العيوب التي يتم تحديدها لدى الجنين أي أثناء فترة الحمل وهو الأمر الذي يجعل بإمكاننا أن نتجنب حدوث بعض الحالات مثل استسقاء الدماغhydrocephalus والتي تعد بمثابة حالة يتجمع فيها السائل حول المخ، ويضغط عليه بشكل مستمر مما يؤدي إلى حدوث إعاقة عقلية أو جسمية إذا لم يتم علاجه. كذلك فإن البحوث والدراسات المختلفة يمكن أن تؤدي بنا قبل مرور وقت طويل إلى زرع أعضاء جديدة من أنسجة يتم أخذها من شخص آخر، أو من خلايا جذرية stem cells أخرى وهو الأمر الذي ربما يكون من شأنه أن يسمح لنا باستبدال أي عضو يختل أداؤه الوظيفي كالرئة، أو البنكرياس، أو أي عضو داخلي آخر على سبيل المثال، ومن ثم يصبح بإمكاننا أن نتجنب حدوث أي إعاقات جسمية مصاحبة.

ومما لا شك فيه أن البحوث والدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال قد ساهمت في فهمنا التام لتلك الحالات الصحية إلى جانب الأساليب التي ترتبط بها البيئات النفسية والاجتماعية والتربوية بالتعلم من جانب الفرد حيث نلاحظ في هذا الإطار على سبيل المثال أن المختصين في التربية الخاصة، والأخصائيين النفسيين، وأطباء الأطفال تتزايد قدرتهم باستمرار على تحديد الظروف البيئية التي يمكن أن تزيد من احتمال معاناة الطفل من مشكلات التعلم أو من المشكلات السلوكية المختلفة.

ومن الملاحظ أن مناهج البحث التربوي قد أسهمت بقدر كبير في هذا الصدد حيث نجد في الواقع قياساً بما نعرفه عن تلك الأسباب التي تؤدي إلى مثل هذه الحالات الصحية المختلفة أننا قد أصبحنا نعرف الكثير عن تلك الكيفية التي يتعلم بها الأطفال غير العاديين، والكيفية التي يتم من خلالها إدارتهم والتعامل معهم والسيطرة عليهم داخل الصف بصورة فعالة. وعلى الرغم من أن أخصائيي التربية الخاصة يرددون بشكل مستمر أن كل الأسئلة التي طرحت في هذا الإطار لم تتم الإجابة عنها بعد، فإن معرفتنا الراهنة بالأساليب المختلفة التي تتبع في سبيل تربية وتعليم الأطفال غير العاديين تفوق بكل تأكيد ما كنا نعرفه عن ذلك منذ عشر سنوات أو خمسة عشر سنة مضت.



وقبل أن ننتقل إلى موضوع نوعي محدد حول هؤلاء المتعلمين غير العاديين فإننا يجب أن نشير في هذا السياق إلى أننا نختلف بشدة مع هونجرفوردHungerford في نقطة هامة مؤداها أننا يجب أن نتعلم القيام بالتعايش مع هؤلاء غير العاديين، ومع ذلك فإننا لا يجب أن نقبلها بشكل مطلق، بل إننا في الواقع نفضل أن ننظر باستمرار إلى أن هناك أملاً في استئصال العديد من أشكال الإعاقة الممثلة لتلك الاستثناءات. وإضافة إلى ذلك فإننا نعتقد أنه من الأهمية بمكان أن ندرك أن بإمكاننا أن نقوم بتقديم المساعدة اللازمة لهؤلاء الأفراد حتى أولئك غير العاديين تتسم بتطرفها كي يصبح بإمكانهم أن يعيشوا حياتهم بشكل كامل أكثر مما لو كانوا قد تلقوا التعليم الملائم لأنه لن يمكنهم من القيام بذلك دون الحصول على المساندة أو المساعدة اللازمة من جانبنا.

أهمية القدرات The Imporatance of Abilitia

ومن جانب آخر فإننا يجب ألا نجعل تلك الإعاقات التي يتعرض لها مثل هؤلاء الأفراد والتي تمثل جوانب قصور أو عجز من جانبهم تحول بيننا وبين إدراك ما يتسمون به من جوانب قوة حيث أن العديد من الأفراد المعوقين قد يكون لديهم جوانب قوة، ومع ذلك لا يتم اكتشافها نظراً لأن إعاقتهم تلك تصبح هي محور اهتمامنا، وتشغل بؤرته، وبالتالي فإننا لا نولي انتباهاً كافياً لما يمكنهم أن يقوموا به. وعلى ذلك فإننا يجب أن ندرس تلك الإعاقات التي يعاني منها الأطفال غير العاديين إذا كنا نريد أنْ نعلم كيف يمكننا أن نساعدهم على

استغلال قدراتهم في المدرسة إلى الدرجة القصوى حيث أن العديد من هؤلاء الأطفال يعدون في الواقع في حاجة ماسة إلى برامج تربوية خاصة وما يرتبط بها من خدمات متنوعة وذلك حتى يمكنهم أن يحيوا حياتهم بشكل كامل، وأن يشعروا بالسعادة والإنتاجية. وعلى الرغم من ذلك فإننا يجب ألا ننسى أن أكثر خصائص هؤلاء الأطفال أهمية تتمثل في جوانب قوتهم، أو ما يمكن أن يوجد لديهم من قدرات مختلفة.

معتقدات خاطئة حول المتعلمين غير العاديين:

Misconcoptions abou Aexceptional learners

المعتقد الخرافة: المدارس العامة لا تقدم بعض تعليم بعض الطلاب المعاقين.

الحقيقة: التشريعات الفدرالية حددت دعم مادي كما انه على كل مدرسة ان تقدم تعليم مناسب ومما في لكل الطلبة بغض النظر عن ظروف اعاقاتهم.

الخرافة: اسباب منظم الاعاقات معروفة الا انه القليل معروف عن كيفية مساعدة الافراد المعاقين على تجاوز او تعويض اعاقاتهم.

الحقيقة: في معظم الحالات فان اسباب الاعاقات غير معروفة وهناك تقدم في معرفة سبب ظهور الاعاقات، والعديد من العلاجات حرفت حول الاعاقات أكثر من اسبابها.

الخرافة: الافراد المعاقين مثل اي شخص أخر.

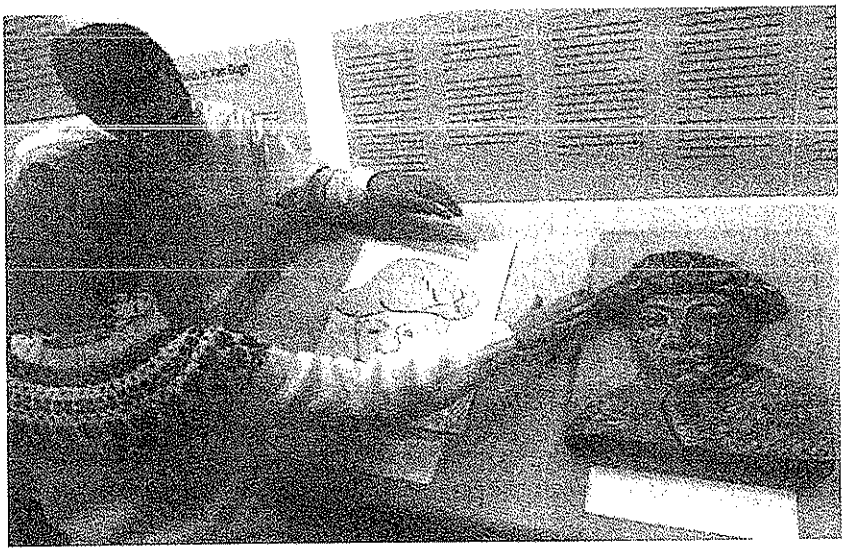
الحقيقة: اولا، فان لا يوجد متشابها من الافراد والمعاقين مثل بقية الافراد وفهم افراد لها خصائص ضامن تجهزهم عن بعض وعن غيرهم. ومعظم قدراتهم متشابهة للافراد بين اللذين لا يعانون من اعاقات . وعلى العموم فان الاعاقة هي خاصية ليست موجودة مدى معظم الافراد. والاكثر الاهمية الاعاقة ندءات في مجال اعاقتها وان الافراد المعاقيم لديهم العديد من القدرات والخصائص الاخري التي يشاركون فيها بقية الافراد.

الخرافة: العجز هو الاعاقة:

الحقيقة: العجز هو عدم القدرة القيام ينبئ ما وضعف مقدرات محددات، فيما الاعاقة، هي السلبيات التي يحصل على الافراد. ويعجز قد لا يصبح اعاقة وهذا يعجز على الاحداث الخاصة، فعلى سبيل المثال، عدم القدرة على الحثي ليست اعاقة في تعلم القراءة، اما انها اعاقة في لعب كرة القدم. واحيانا الاعاقة تصبح موجودة لدى الافراد اللذين يعانون من عجز، فعلى سبيل المثال، الى بعض الافراد لا يستطيعون الكتاب بالقلم ولكن يمكن ا يستعملو الآلة الكاتبة أو معالج الكلمات، فهؤلاء يصبحو معاقين بدون هذه الاجهزة.

العجز مقابل الاعاقة : Disabihty Versus hanship

العديد من الافراد لديهم عجز وهؤلاء الافراد يعرفون بان لديهم اعاقات في القانون والانظمة التشريعية التي يصل على الافرا. ومن حيث فان العجز قد يصبح أو لا يصبح اعاقة وذلك اعتماداً الاحداث، وكذلك فان الاعاقة قد تكون على الافراد. ومن حيث فان العجز قد يصبح اعاقة وذلك اعتماداً الاحداث، وكذلك فان الاعاقة قد تكون مسببة أو غير ناتجة عن العجز، فعلى سبيل المثال كف البصر هو عجر ويمكن ان يكون اي شيء الشخص المبصر هو معاق في الظلام. والحاجة الى استخدام كرسي متحرك هو اعاقة في المواقف محددة ولكنه جلسة في الممرات الهندسية ويمكنه عدم القدرة على المشي . وبعض الافراد قد يكونون معاقين اذا كانو مختلفين باللون او الحجم أو المظهر او اللغة وغيرها من خلال عدم اعطاءهم الحق والفرق يصبروا عن قدراتهم وعندما تعيش مع افراد فردي ذوي حاجات خاصة فان يجيب ان فرق بين العجز والاعاقة وهدفنا هو ان تغير اتجاهاتنا حول اعاقاتهم وتوفير الظروف المساعدة اليهم.



العجز مقابل القدرة: Disahility versus katbility

ايضا من لاهمية ان تميز بين العجز وعدم القدرة، فظل الان العجز من عدم القدرة على القيام بشيء من ولكن ليس كل عدم قدره هو عجز. فالعجز احد أنواع عدم والقدرة، فالعجز هو عدم القدرة على عينات بشيئ ما يستطيع كل افراد الناجحون او المتعلمون القيام به. والتفكير بالعمر والقدرة فعلى سبيل المثال الطفل عمره 6 شهور لا يعيش ولا يتكلم لا تفكر بن

معاق .... عدم عجزه او عدم قدرته مناسبة لعمره ولكن اذا الطفل تجاوز سن المشي والكلام ولم يمشي او يتكلم فاننا نقول انه عاجز، والعجز في العمر المتقدم مثل عدم القدرة على الشخص عمره 70 سنة لا يستطيع الركض لمسافة 10 اميال ولكنه يمكن ان يمشي مسافة مناسبة وعدم القدرة على الركض لعشرة اميال ليس اعاقة في هذا العمر. فالنقطة الرئيسة هنا هي العجز فرق ملحوظ عن البيئة ها هي العجز فرق ملحوظ عن الذين تتوقف من كافة الافرادالمعلم أو القيام به وفقا لعمرهم وفرصهم وتعليمهم.

التعريف التربوي للمتعلمين غير العاديين

تحقيقا لاهداف تعليميهم، فقد المتعلمين غير العاديين هم الذين يحتاجون الى خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة هذا اذا اردنا استقلال كامل لامكاناتهم الانسانية. ومن الواضح أن حاجتهم إلى التربية الخاصة إنما ترجع في الأساس إلى اختلافهم الظاهر عن معظم الأطفال نظراً لانطباق واحد أو أكثر من المحكات التالية عليهم:

1- التخلف العقلي.

2- صعوبات التعلم.

3- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط.

4- الاضطرابات الانفعالية.

5- الاضطرابات السلوكية.

6- الإعاقة الجسمية.

7- اضطرابات التواصل.

8- اضطراب التوحد.

9- الإصابات الناتجة عن صدمات الدماغ.

10- الإعاقة السمعية.

11- الإعاقة البصرية.

12- المواهب الخاصة.

ومن الناحية التربوية هناك مفهومان على درجة كبيرة من الأهمية يتعلقان بتعريف هؤلاء الأطفال أي التعريف التربوي لهم هما:

1- نوع الخصائص.

2- الحاجة إلى التربية الخاصة.

وبالرجوع إلى هذين المفهومين يتضح لنا جلياً أن المفهوم الأول منهما والذي يتعلق بتعدد الخصائص المميزة لهؤلاء الأطفال إنما يرتبط في الأصل بمفهوم الاستثناء أو غير العادية exceptionality في حين يرتبط ثاني هذين المفهومين وهو حاجتهم للتربية الخاصة بالمفهوم التربوي لهم .

والمتعلم غير العادي هو مختلف عن بقية الافراد وخصوصا تربوياً حيث يتطلب تعليمهم ظروف مختلفة عن تلك لدى بقية الافراد.

ومن جانب آخر فإن تركيزنا على المتعلمين غير العاديين يجب أن ينصب على ما يمكنهم أن يقوموا به، وكيف يمكنهم أن يندمجوا في إطار المجتمع الأكبر الذي يعيشون فيه وذلك بقدر استطاعتهم أو بتعبير أدق إلى ما يمكنهم أن يقوموا به وهو الأمر الذي يوضح أننا يجب أن نهتم بنواحي قوتهم، ونقوم بإبصارهم هم ومن حولهم بذلك. ومن الأمثلة التي نسوقها كي نوضح ما يمكن أن يقوم مثل هؤلاء الأفراد به ما قام به إريك واينميرErik Weihenmayer (وتنطق كالتالي wine-mare /) الذي كان كفيفاً، وكان مصارعاً متميزاً، ومتسلقاً بارعاً للجبال حيث تسلق قمة جبال إيفرست Everest كأول شخص كفيف يقوم بذلك، وكان متزلقاً على الجليد، وعدّاء، وراكب دراجات، ومهتماً بالرياضات المائية، كما كان معلماً سابقاً بالمرحلة الابتدائية. وقد فقد بصره تدريجياً إلى أن أصبح فاقداً تماماً للقدرة على الإبصار وذلك عندما كان في الثالثة عشرة من عمره. ولم تمنعه إعاقته البصرية في الواقع من مزاولة العديد من تلك الأشياء التي لا يفعلها سوى القليل فقط من المبصرين. وكغيره من العديد ممن فقدوا إبصارهم فإنه كان يعاني من كثير من تلك المشكلات التي يعانون منها، وإن كان قد قام في البداية بمقاومة استخدام بعض الأدوات التي تعد ضرورية للأفراد المكفوفين كاستخدام طريقة برايلBraille للقراءة مثلاً، واستخدام العصا أو الكلب في حركته اليومية. ولكنه مع ذلك اضطر في النهاية إلى تعلم مثل هذه الأشياء حيث أنها تعد في الغالب جزءاً أساسياً من منهج التربية الخاصة الذي يتم إعداده للأطفال الذين تكون حدة إبصارهم ضعيفة للغاية.

ومن الأمثلة الأخرى على ذلك فتاة تدعى بلير سميث Blair Smith كانت غالباً ما تستخدم كرسياً متحركاً wheelchair بسبب إعاقتها الجسمية، ومع ذلك فإن مثل هذه الإعاقة لم تمنعها من ممارسة الأنشطة المختلفة أثناء دراستها بالمدرسة العليا حيث كانت عادة ما تقوم بمشاركة أقرانها في القيام بتلك الأنشطة التي يقوم المراهقون بها. وكان التعليم المناسب لها يتطلب القيام ببعض المواءمات المعقولة التي كان من شأنها أن تساعدها في الذهاب إلى أماكن معينة، والقيام بأنشطة معينة. والأهم من ذلك أنها كانت في حاجة ماسة إلى قبول معلميها وأقرانها لها وهو الأمر الذي لمسته منهم بالفعل ومن اتجاهاتهم الإيجابية نحوها.

ومن الجدير بالذكر أننا أحياناً ما نجد أن بعض الإعاقات لم يتم تشخيصها أو تحديدها بشكل دقيق رغم وضوحها، ومن ثم تكون نتائجها سيئة على الشخص المعوق نفسه، وعلى أسرته، وعلى مجتمعه الذي يعيش فيه، كما تكون خطيرة أيضاً في ذات الوقت حيث لا يمكننا أن نقدم له ما يكون من شأنه أن يساعده على الاندماج مع الآخرين، أو يعينه في التغلب على إعاقته تلك. كذلك فإننا قد نجد أحياناً أنه يتم تحديد تلك الإعاقة التي يعاني الفرد منها، ولكن لا يتم تقديم التربية الخاصة اللازمة له، أو لا تتم الاستفادة الكافية من تلك الفرص التي تتم إتاحتها له وهو الأمر الذي لا يقل في خطورته أو ما يمكن أن يترتب عليه من آثار سلبية عن الحالة الأولى.

هذا ويشير كوفمان (1999- ب) Kauffman في هذا الصدد إلى أن تحديد الإعاقة في سن مبكرة، واللجوء إلى التدخل المبكر يقي من دون تطورها إلى الأسوأ. ومن جانب آخر فإننا نلاحظ أنه عند التحديد المبكر للإعاقة، وإلحاق الطفل ببرنامج للتربية الخاصة يكون من شأن هذا الأمر أن يجعل الوالدين يشاركان في إشباع حاجات هذا الطفل، ومن ثم فسوف يكون من نتائج ذلك تحقيق الطفل لإنجاز متميز، وتعديل سلوكه.

حالة بلير سميث Blair Smith

بلير سميث Blair Smith

بلير سميث Blair Smith والتي كانت قصيرة، وكانت تعاني من حالة في عظامها تجعل رجليها تنهاران تحتها في أي لحظة، وهي تمثل كما يرى كان Kahn (2001) واحدة من بين ما مقداره عشرين إلى خمسين ألف حالة مماثلة في الولايات المتحدة الأمريكية. ومن المعروف أن هذه الحالة التي تعرف علمياً باسم(OI) Osteogenesis imperfecta = تضم أربعة أنماط تتباين في شدتها من فرد إلى آخر هي الشديدة جداً، والشديدة، والمتوسطة، والبسيطة. وكانت حالة هذه الفتاة ن النوع الشديد جداً وهو الأمر الذي جعل عظامها هشة، وبالتالي لم تكن لتستطيع المشي دون أن تمسك بالمشاة الخاصة بها. ومع ذلك فقد كانت تشارك في الأنشطة الروتينية المختلفة ولكن بطريقتها الخاصة، كما قد شاركت في أحد عروض الجمباز التي أقامتها

المدرسة دون استخدام تلك الأدوات الخاصة بالعرض وذلك بمساعدة معلمة التربية البدنية وهو الأمر الذي جعل الحاضرين لا يصدقونه، بل إن والديها كانا مبهورين بما تقوم به حيث كان أقرانها يدفعونها دوماً إلى القيام بالحركات المختلفة والتي كانت هي نفسها تبدي اهتماماً بها.

خطط التعليم الفردية Personal Perspectives

من الجدير بالذكر أن كل طفل من الأطفال غير العاديين يعد في حاجة إلى خطة تعليم فردية خاصة به يتم استخدامها معه حتى يمكن أن يأتي الأمر بنتائج إيجابية عند تعليمه في هذا الإطار. ويذكر كوفمان وبولين Kauffman & Pullen (1996) مثالاً على ذلك هو خطة التعليم الفردية للطفلة أليس Alice التي كانت تعاني من تخلف عقلي بسيط، وشارك في إعدادها مخطط تربوي، ومعلم الفصل حيث كانت آنذاك في الصف الأول. وكانت أليسAlice دائمة البكاء، ولا يمكنها أن تقوم بأداء أي عمل. وهناك حقيقة هامة تتعلق بأي خطة تربوية وهي أنه من الناحية القانونية يجب أن يوافق الوالدان على تلك الخطة. ونظراً لأنه كان من المتفق عليه أن تبدأ تلك الخطة بعد عيد الميلاد، ولم يكن يتبقى آنذاك على عيد الميلاد سوى بضعة أيام قليلة كان لا بد أن يتم تحديد موعد بسرعة مع والديها لعقد لقاء معهما بهذا الخصوص.

وحتى يمكن إعداد مثل هذه الخطة التي يجب أن تلائم حالة الطفل وحاجاته فإنه ينبغي أن يتم قراءة وتحليل سجل الطفل بكل عناية. ونظراً لأن هذه الطفلة على وجه الخصوص كانت في البرنامج التمهيدي أي قبل المدرسي لمدة ثلاث سنوات فقد كان بإمكانها أن تتلقى الخدمات المختلفة التي تقدمها المدرسة، وأن تستفيد منها. أما عن مهاراتها فقد كانت مهاراتها الحركية الدقيقة توازي مهارات طفل في سن عامين. وعلى الرغم من أنها تنحدر من أسرة متفهمة توليها انتباهاً واهتماماً كبيرين، وتقرأ لها باستمرار فإن مهاراتها مع ذلك كانت متأخرة قياساً بأقرانها في نفس صفها أي بالصف الأول. وإلى جانب ذلك فإن الأمر لم يتوقف على أنها لم تتعلم، بل تخطى ذلك إلى كونها تستغرق وقتاً أطول من أقرانها بكثير في سبيل القيام بذلك. وعلى الرغم من اشتراكها في برنامج المصادر، وبرنامج اللغة والكلام إلى جانب برنامج العلاج الوظيفيoccupational therapy فإنها لم تتمكن من مسايرة حتى أبطأ مجموعة من الأطفال في صفها.

ومن جانب آخر فقد قامت هذه الطفلة بعد ذلك بسؤال والدتها عن سبب عدم قدرتها على أداء ما يؤديه أقرانها، وأعلنت لها عن رغبتها في أداء مثل هذه الشياء. ومع أن الدافعية لم

تمثل أي مشكلة في البداية فإن أليسAlice قد قررت بعد عدة شهور ألا تحاول أن تفعل شيئاً من هذا القبيل. إلا أن الأمر قد شهد تحولاً درامياً بعد ذلك بفترة وجيزة حيث بدأت مأساتها التي يعلمها كل من بالمدرسة وهي البكاء المستمر معظم الوقت. وأكدت معلمتها أنه لا يوجد أي طفل في الفصل أقل منها في المستوى حيث كانت هي أقلهم مستوى على الإطلاق، كما أنها قد بدأت تبدي كرهاً واضحاً للمدرسة وهو الأمر الذي لم تنكره والدتها.

وبعد أن قامت المعلمة بمراجعة السجل الخاص بهذه الطفلة تحدثت مع بعض المعلمين الذين تعاملوا معها، وشعرت بالأسف على ما آلت إليه الأمور بالنسبة لها، ثم جلست مع والديها بعد ذلك وقرر الجميع أنها تحتاج إلى خطة تربوية خاصة بها أي فردية. وبعد مرور عدة أسابيع قليلة من بداية تلك الخطة تم عقد لقاء آخر بين المعلمة والوالدين، وكان الوالدان أكثر سعادة من ذي قبل حيث أصبحت طفلتهما تجد متعة في ذهابها إلى المدرسة بعد أن كانت تكره ذلك وهو ما جعلها تبدو أفضل مما كانت عليه سابقاً. وبعد عامين تكرر مثل هذا اللقاء مرة أخرى وأقر الجميع أن أليس Alice أصبحت مهيأة لتلقي تلك الخدمات التي يتم تقديمها خلال البرنامج. إلا أن الأب كان منزعجاً حيث قرر أن كل من يرى ابنته يقول أنها متخلفة، وحاولت المعلمة أن تهدأ من روعه، وأن تؤكد له على ما كان يقره هو دوماً من أن ابنته لا تزال جميلة ولطيفة، وأنها قد بدأت تقرأ بعض الكلمات كذلك، وعلى هذا الأساس يصبح من غير المهم أن نلتفت إلى ما يقوله أو ما يكرره البعض، أو ما يطلقونه عليها.

معدل انتشار الأطفال غير العاديين Prevalence of Excptional Learners

يشير معدل الانتشار إلى النسبة المئوية لأولئك الأطفال الذين لديهم استثناءات معينة، أو عدد مثل هؤلاء الأطفال قياساً بالمجموع العام للسكان. فعلى سبيل المثال نلاحظ أن معدل انتشار التخلف العقلي قد تم تحديده بنسبة تصل إلى 3.2%وهو ما يعني أن ما يعادل 3.75% من مجموع السكان يعانون من التخلف العقلي، أو أن 32 شخصاً من بين كل ألف شخص يفترض أن يكون لديهم تخلف عقلي. ومن جانب آخر نلاحظ أنه إذا كان معدل انتشار الموهبة بين الأفراد في المجتمع يتراوح بين 3-5% فإننا نتوقع بناء على ذلك أن ما بين 30-50 فرداً في عينة قوامها ألف شخص يكون لديهم مواهب خاصة من أنواع معينة. إلا أنه من الواضح أن التقديرات الدقيقة لمعدلات الانتشار تعتمد أساساً على قدرتنا على حساب عدد الأفراد الذين يكون لديهم استثناءات معينة وذلك في عينة محددة. وقد يكون من اليسير منذ الوهلة الأولى بناء على ذلك أن نقوم بتحديد عدد الأطفال الذين توجد لديهم استثناءات معينة، ومع ذلك فإن معدل انتشار غالبية الاستثناءات غير محدد، ويعتبر عرضة للجدل من هذا

المنطلق. وهناك في واقع الأمر عدد من العوامل تجعل من الصعب علينا أن نحدد بكل دقة وبكل ثقة عدد مثل هؤلاء الأفراد ذوي الاستثناءات المختلفة. وسوف نناقش في فصول تالية التغيرات المستمرة التي تعتري تعريف تلك الاستثناءات، والدور الذي تلعبه المدرسة في تحديد هذا الاستثناء أو ذاك.

وتشير التقارير الحكومية في الولايات المتحدة الأمريكية التي نشرتها وزارة التربية الأمريكية (2002) إلى أن حوالي عشرة طلاب من بين كل مائة طالب مقيدين بالمدرسة كانوا يتلقون برامج للتربية الخاصة في نهاية التسعينيات من القرن الماضي . وبدءاً من منتصف سبعينيات القرن الماضي كان هناك نمو مطرد بشكل ثابت في أعداد الطلاب الذين يتلقون برامج وخدمات التربية الخاصة وذلك من 3.75 مليون عام 1976 إلى حوالي خمسة ملايين طالباً في نهايات التسعينيات من ذات القرن، وكانت أعمار معظم هؤلاء الأطفال والمراهقين تتراوح عامة بين 6-17 سنة. وعلى الرغم من أن هناك بعض الخدمات التي يتم تقديمها للأفراد في الأعمار من 18-21 سنة فإن الأطفال ذوي الإعاقات، والأطفال في سن المدرسة، والمراهقين في بدايات المراهقة يمثلون في الغالب جملة ما تم تحديده من عينات مختلفة في هذا الصدد.

وجدير بالذكر أن النسبة المئوية لأعداد الأطفال الذين يتلقون برامج التربية الخاصة والذين يتم تحديدهم على أنهم يعانون من إعاقات معينة قد تغيرت بشكل واضح على مدى عدة عقود. فعلى سبيل المثال نجد أن أعداد الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم قد تضاعفت على الأقل منذ منتصف سبعينيات القرن الماضي، كما أنه يمثل الآن حوالي نصف عدد الطلاب الذين يتلقون برامج للتربية الخاصة. وفي المقابل نجد أن النسبة المئوية لأولئك الطلاب الذين تعد إعاقتهم الأولية لغوية في أساسها قد انخفضت بشكل واضح، في حين أضحت النسبة المئوية للمتخلفين عقلياً حوالي نصف ما كانت عليه عام 1976، ومع ذلك فلا يوجد هناك تفسير مقنع لمثل هذه التغيرات حتى الآن. وعلى الرغم من ذلك فإنها تعكس جزئياً تغيراً في التعريفات والمحكات التشخيصية لإعاقات معينة إلى جانب القبول الاجتماعي لصعوبات التعلم. وسوف نناقش في فصول تالية معدلات الانتشار الخاصة بفئات معينة من تلك غير العاديين.

التصنيفات عالية الانتشار والمنخفضة الانتشار

High -Incidence and low-Incidence Categoriea

هناك بعض الاعاقات التي تظهر بمعدلات انتشار عالية وهذه تسمى اعاقات ذات عالية

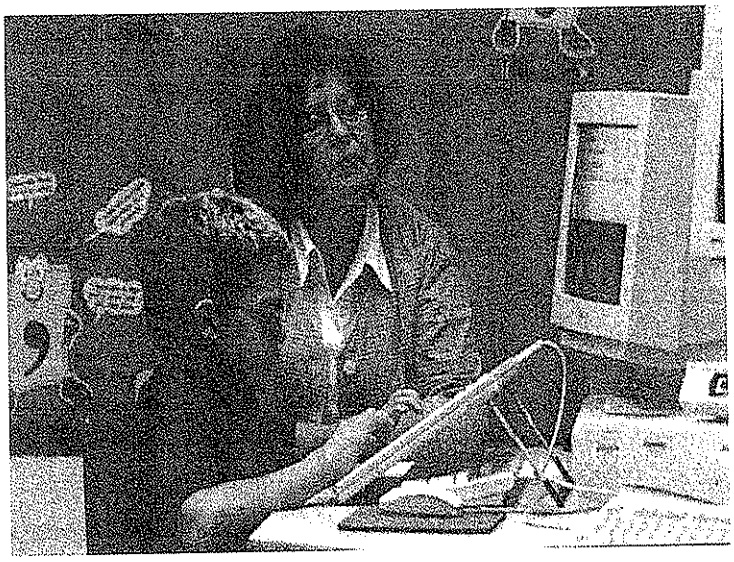
الانتشار hig-inecdence . مثل لان موجودة لدى معظم مثل صعوبات التعلم واضطرابات العوامل اضطرابات الانفعالية والتخلف العقلي البسيطو بنى توجد اعاقات اخرى منخفضة الانتشار مثل low inecdence وقد بقين الاعاقات ذات الانتشار المرتفع محافظة على نسبة انتشارها في بداية الفرق الواحد والعشرون وهناك زيادة تدريجية في التعرف على التواجد منذ عام 1995 وهناك اعاقات منخفضة الانتشار اصبحت في تزايد قبل اصابات الدماغ والاعاقات والحرية. وربما يفر الزيادة في التوحدة مثل التقدم في اجراءات التشخيص وارتفاع معدلات التحسين في مياه الاطفال ذوي الاعاقات الحركية.

تعريف التربية الخاصة Definition of Special Education

تعني التربية الخاصة ذلك النوع من التعليم الذي يتم تصميمه خصيصاً لإشباع تلك الحاجات غير العادية لطفل يعرف بأنه غير عادي أو لديه استثناء معين فردي أو مزدوج. وقد يتطلب ذلك اللجوء إلى موادmaterials خاصة، واستراتيجيات تدريس معينة، أو أجهزة وخدمات معينة أيضاً، واستغلالها بالشكل اللازم. فعلى سبيل المثال قد يحتاج الأطفال المعوقون بصرياً إلى مواد للقراءة تتم كتابتها بخط كبير، أو بطريقة برايل، وقد يحتاج الأطفال المعوقون سمعياً إلى سماعات للأذن، أو إلى تعلم لغة الإشارة، أما الأطفال المعوقون جسمياً فقد يحتاجون أجهزة خاصة في حين قد يحتاج الأطفال المضطربون سلوكياً أو انفعالياً إلى فصول أصغر وأكثر تنظيماً. أما الأطفال الموهوبون على الجانب الآخر فقد يحتاجون إلى العمل مع متخصصين أو مؤهلين لذلك. ومن هذا المنطلق فإن الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة، ووسائل النقل الخاصة، والتقييم النفسي، والعلاج الوظيفي، والعلاج الجسمي أو البدني، والعلاج الطبي، والإرشاد تعد ضرورية وذات أهمية قصوى في هذا الصدد. ولكي تصبح التربية الخاصة أكثر فاعلية فإن الهدف الوحيد والأكثر أهمية بالنسبة لها ينبغي أن يتمثل في الكشف عن جوانب القوة لدى أولئك الأطفال غير العاديين والتركيز عليها.

تقديم خدمات التربية الخاصة Providing Special Education

هناك العديد من الخطط الإدارية المتاحة لتعليم الأطفال غير العاديين والتي تتراوح بين تلك المساندات الخاصة التي يوفرها المعلم إلى الرعاية المستمرة على مدار أربع وعشرين ساعة يومياً والتي تتضمن الإقامة الكاملة في جناح خاص أو مبنى خاص. ومع ذلك فإن تحديد من يقوم بتعليم مثل هؤلاء الأطفال غير العاديين، وذلك المكان الذي يجب أن يتلقوا فيه تعليمهم هذا إنما يتوقف في الواقع على عاملين أساسيين هما:



1- كيف يختلف هذا الطفل عن قرينه العادي وإلى أي مدى؟

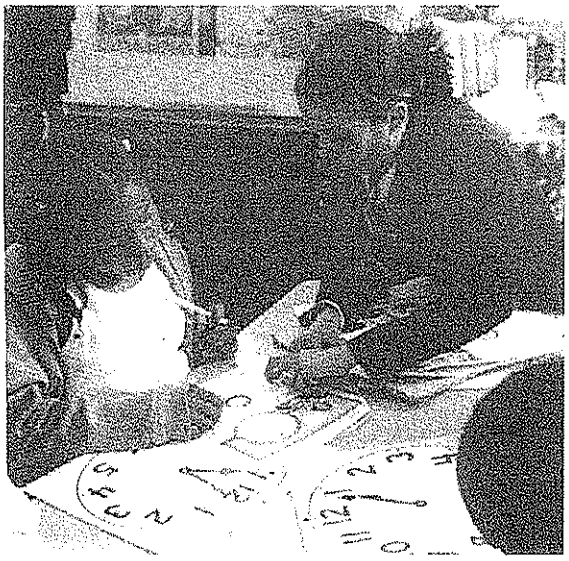
2- ما هي المصادر المتاحة لذلك في كل من المدرسة والمجتمع المحلي؟

هذا ويتم وصف الخطط الإدارية المختلفة لتعليم أولئك الأطفال وفقاً لدرجة الدمج المادي physical integration وهو ما يعني مدى تعلم المتعلمين غير العاديين وأقرانهم العاديين في نفس المكان، وقيام نفس المعلمين بتعليمهم وهو الأمر الذي يمكن أن ننظر إليه على أنه دمج لهم مع هؤلاء الأقران العاديين.

وإذا ما بدأنا بأكثر أنواع التدخلات تكاملاً وهو معلم الصف العادي الذي يعد على علم بالحاجات الفردية للأطفال، كما يتسم بالمهارة في إشباع تلك الحاجات، وتزويدهم بالمواد الملائمة، والأجهزة المناسبة، واستخدام طرق التدريس المناسبة أيضاً فإننا قد لا نحتاج في هذا المستوى إلى تلك الخدمات المباشرة للأخصائيين حيث قد تعمل خبرة المعلم على إشباع حاجات الأطفال. أما في المستوى التالي فإن معلم الصف العادي قد يحتاج إلى التشاور مع معلم التربية الخاصة أو غيره من المختصين كالأخصائي النفسي بالمدرسة على سبيل المثال إضافة إلى تزويده بالمواد الخاصة، والأجهزة الخاصة، أو حتى بالطرق والأساليب الخاصة كي يتم التعامل الفعال مع هؤلاء الأطفال. وقد يقوم معلم التربية الخاصة بإعطاء معلم الفصل العادي جرعة تثقيفية تكفيه للتعامل مع أولئك الأطفال، أو يرشده إلى مصادر أخرى يمكن أن يستغلها في ذلك، أو يساعده على استخدام مواد وأجهزة وطرق وأساليب معينة. وإذا ما ذهبنا خطوة أبعد من ذلك فإننا نجد أن معلم التربية الخاصة قد يقوم بتزويد الطفل غير العادي أو حتى معلم الصف العادي بخدمات متنقلة itinerant حيث يعمل آنذاك كمعلم متنقل itinerant teacher. ومن المعروف أن المعلم المتنقل يتصرف وفقاً لجدول ثابت فيتحرك من مدرسة إلى أخرى، ويزور الصفوف في سبيل تعليم الأطفال بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة. ويعمل هذا المعلم على تزويدهم بالمواد materials اللازمة، ويقترح الخطط التدريسية

الملائمة التي يقوم المعلم العادي بتنفيذها، كما يتشاور أيضاً مع المعلم العادي حول تلك المشكلات الخاصة التي يمكن أن يصادفها في عمله مع هؤلاء الأطفال.

وفي المستوى الثاني يقوم معلم المصادر resource teacher بتقديم الخدمات المختلفة لكل من الأطفال والمعلمين وذلك في مدرسة واحدة فقط. ونظراً لتقديم مثل هذه الخدمات إلى هؤلاء الأطفال فإنه يتم قيدهم في صف عادي، وتتم ملاحظتهم من جانب معلم تم تدريبه كي يتمكن من القيام بمثل هذا الأمر وذلك لفترة زمنية طويلة، وبتكرار تحدده عادة طبيعة تلك المشكلات التي يصادفها أولئك الأطفال ومدى حدتها. وعادة ما يقوم معلم المصادر بتقييم احتياجات الأطفال ومعلميهم، وغالباً ما يعمل مع هؤلاء الأطفال على أساس فردي أو في مجموعات صغيرة وذلك في فصل خاص تتوفر فيه مواد معينة، وأجهزة خاصة. كذلك فإن معلم المصادر يعمل كمرشد لمعلم الفصل العادي، ويقدم له النصيحة فيما يتعلق بتعليم الطفل غير العادي في الفصل، وكيفية إدارته. وربما يتعلق ذلك أيضاً باقتراح وتقديم استراتيجيات تدريسية معينة. ومن جانب آخر فإن مرونة الخطة المقدمة، وبقاء الطفل مع أقرانه غير المعوقين غالبية الوقت يجعل من ذلك الأمر بديلاً جذاباً وشائعاً.



أما المراكز التشخيصية فإنها تذهب إلى أبعد من مستوى التدخل الذي يمثله معلمو المصادر وغرف المصادر. ووفقاً لهذه الخطة فإن الطفل يظل لفترة قصيرة في صف خاص بإحدى المدارس أو المؤسسات الخاصة بذلك حتى يتم تقييم احتياجاته، ويتم بالتالي تحديد خطة عمل معينة على أساس تلك النتائج التي يكشف التشخيص عنها. وبعد أن يتم تحديد وصفة تربوية معينة للطفل تكون هناك توصيات بتسكينه في صف أو برنامج معين، وقد يتضمن ذلك أي شيء من تقديم الرعاية في إطار المؤسسة إلى التسكين في فصل عادي في ظل وجود معلم معين يستطيع أن يقوم بتنفيذ الخطة المحددة.

وإلى جانب ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الجسمية غالباً ما يتطلبون تعليماً منزلياً أو في المستشفى hospital or homebound instruction وذلك على الرغم من أن مثل

هذا النمط من التعليم أحياناً ما يتم تقديمه لأولئك الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية أو من إعاقات أخرى عندما لا يكون متاحاً أمامهم أي بديل آخر حيث يظل الطفل ملازماً المستشفى أو المنزل وذلك لفترة قصيرة نسبياً يكون خلالها المعلم المكلف بتعليمه على اتصال مع المعلم العادي. أما في السنوات الأخيرة فقد ظهرت خدمات بديلة أثارت الجدل منها الفصل الخاص المستقل أو التام في ذاته special self- contained class والذي يعرف أحياناً والصف المكتفي ذاتياً أي الذي توجد أجزائه الرئيسية جميعاً معاً في هيكل واحد في ذات الوقت. ويضم هذا الفصل حوالي خمسة عشر طفلاً أو أقل لهم خصائص أو احتياجات معينة، ويتم تدريب المعلم بشكل عادي على أنه معلم تربية خاصة، ومن ثم فإنه يصير مسئولاً عن تقديم كل أو معظم التعليم لهؤلاء الأطفال. أما الأطفال الذين ينتظمون في مثل هذه الفصول فإنهم عادة ما يقضون معظم اليوم الدراسي أو اليوم كله منفصلين عن أقرانهم غير المعوقين. وعادة ما يحدث نوع من التكامل بين الأطفال المعوقين وأقرانهم غير المعوقين خلال جزء من اليوم فقط، وغالباً ما يكون ذلك خلال حصص التربية البدنية، أو الموسيقى، أو أي نشاط آخر يمكنهم أن يشاركوا فيه بشكل جيد.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك ما يعرف بالمدارس النهارية الخاصة special day schools والتي تعمل بنظام التسكين الخاص طوال اليوم للأطفال غير العاديين، ولذا فهي تعرف بمدارس اليوم الكامل. وعادة ما يتم تنظيم المدرسة النهارية وفقاً لفئة نوعية من الأطفال غير العاديين، وربما تتضمن تجهيزات خاصة تعد ضرورية لتقديم الرعاية والتعليم لأولئك الأطفال الذين يعودون عادة إلى منازلهم خلال تلك الساعات غير المدرسية.

ويتمثل المستوى الأخير للتدخل في تلك المدارس المخصصة للإقامة الداخلية residential schools حيث يتلقى الأطفال غير العاديين رعاية على مدار الساعة إذ يستمر ذلك لمدة أربع وعشرين ساعة في اليوم على مدى الأسبوع وذلك بعيداً عن منازلهم، وغالباً ما توجد مثل هذه المدارس على مسافة من المجتمع المحلي. ويقوم الأطفال والمراهقون بتلك المدارس بزيارات لمنازلهم على فترات، أو يعودون إلى منازلهم في نهاية الأسبوع، بينما يظلوا خلال الأسبوع مقيمين في المدرسة حيث يتلقون تعليماً أكاديمياً إضافة إلى إدارة أنشطة الحياة اليومية الخاصة بهم والتي تحدث في بيئتهم.

وكما لا حظنا من قبل فإن قانون التربية الخاصة يشترط وضع الطلبة plaeement في بيئة أقل تقييداً له least restrictive environment LRE وهو ما يعني أن يتم عزله عن أقرانه العاديين، وعن أسرته، ومنزله، ومجتمعه قليلاً بقدر الإمكان أي أن حياته يجب أن تبدو طبيعية ما أمكن، كما أن التدخل الذي يتم اختياره له يجب أن يكون متسقاً مع حاجاته الفردية، ولا

يتعارض مع حريته الشخصية أكثر من اللازم. فعلى سبيل المثال يجب ألا يتم تسكين وضع الطلبة في صفوف خاصة إذا كان من الممكن أن يتم تقديم الخدمة لهم بشكل كاف أو ملائم عن طريق معلمي المصادر، كما أنه يجب ألا يتم وضعهم في مدرسة خاصة بهم إذا كان الصف الخاص الملحق بإحدى المدارس العادية سوف يعمل على إشباع حاجاتهم بالشكل المطلوب.

وعلى الرغم من أن هذا الانتقال باتجاه وضع المتعلمين غير العاديين في بيئة أقل تقييداً لا يعد جديراً بالثناء دائماً فإن تعريف البيئة الأقل تقييداً ليس سهلاً كما قد يبدو للبعض. ويشير كرويكشانك Cruikshank (1977) وكوفمان Kauffman (1995) وكروكيت وكوفمان Crockett &Kauffman (2001) إلى أن التقييد الأكثر للبيئة المادية لا يعني بالضرورة تقييداً أكثر للحرية السيكلوجية للطفل، أو لطاقاته الإنسانية الكامنة. وفي واقع الأمر فإننا قد نجد أن بعض الأطفال هم الذين يكونون الأثر تقييداً على المدى البعيد وذلك إذا ما تم وضعهم في صف عادي حيث يتم رفضهم آنذاك من جانب الأطفال الآخرين في ذلك الصف، كما أنهم يفشلون كذلك في تعلم المهارات الضرورية بشكل يفوق ما يمكن أن يحدث في أي صف من صفوف التربية الخاصة، أو في أي مدرسة نهارية حيث يتعلمون ويغمرهم نوع من السعادة حينئذ. ولذلك يصبح من المهم أن نضع في أذهاننا تلك الأهداف الخاصة بالطفل، والتي يمكننا تحقيقها، وأن نتجنب إمكانية أن يتحول مصطلح "الأقل تقييداً " إلى شعار أجوف يؤدي إلى اختصار كل ما يمكننا أن نقدمه لهم في سبيل تعليمهم. ونحن نتفق في هذا الصدد مع ما لاحظه مورس(Morse(1984 من أن الهدف الرئيسي الذي يتعلق بمثل هؤلاء الأطفال يجب أن يتمثل في إيجاد ذلك المكان الأكثر إنتاجية بالنسبة لهم حتى يتم تقديم أقصى قدر ممكن من المساعدة لهذا الطفل أو ذاك، وكل من هم على شاكلته.

وعلى الرغم من وجود قدر كبير من الاختلاف في وضع المتعلمين غير العاديين في المكان المناسب من ولاية إلى أخرى، ومن نسق مدرسي إلى آخر في ذات الولاية فإن غالبية الأطفال غير العاديين يتم تعليمهم في صفوف عادية حيث تصل نسبة هؤلاء الأطفال غير العاديين الذين يتلقون تعليمهم في صفوف عادية على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية إلى 40% تقريباً من إجمالي هؤلاء الأطفال والمراهقين. ويتلقى معظم هؤلاء الأطفال تعليماً خاصاً من معلمي المصادر لجزء من اليوم المدرسي. ومن الملاحظ أن ربع عدد الأطفال المقيدين بمدارس وفصول التربية الخاصة في أمريكا يقضون معظم يومهم المدرسي في غرفة المصادر، كما أن معظم هؤلاء الأطفال يقضون جزءاً هاماً وذا دلالة من يومهم المدرسي في صفوف عادية. كذلك فإن ما يزيد على 20% بقليل من هؤلاء الأطفال المعوقين يتم تسكينهم في صفوف خاصة منعزلة، وأن معظم هؤلاء الأطفال يتم دمجهم في صفوف عادية لجزء من اليوم المدرسي على

الأقل، وأن حوالي 5% منهم فقط يتم وضعهم في مدارس منعزلة، أو في بيئات خاصة أخرى كالمؤسسات الداخلية، أو المدارس الطبية، أو في التعليم المنزلي على سبيل المثال. ومنذ نهاية الثمانينيات من القرن الماضي كان هناك اتجاه ثابت نحو تسكين عدد أكبر من الأطفال ذوي الإعاقات في صفوف عادية إلى جانب اتجاه مماثل نحو تسكين عدد أقل من أولئك الأطفال في غرف المصادر، أو في صفوف مستقلة أو منعزلة، أو في مؤسسات مستقلة أو منعزلة أيضاً. ويعكس الوضع في المكان المناسب عدد أكبر من هؤلاء الأطفال في صفوف عادية ومدارس عادية في التسعينيات من القرن الماضي إصلاحاً تربوياً وهو ما سوف نتناوله لاحقاً.

هذا ومن الأقل احتمالاً أن يتلقى الأطفال قبل السادسة من أعمارهم تعليماً في صفوف عادية، بل إنهم غالباً ما يحضرون إلى مدارس مستقلة أو منعزلة، كما أن ذلك التعليم الذي يتم في بيئات تربوية أخرى مثل التعليم المنزلي غالباً ما يزيد فيه عدد المراهقين عن عدد الأطفال. ويمكن أن نقوم بتفسير مثل هذه الفروق عن طريق توضيح العديد من الحقائق كالتالي:

1- أن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة أو المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة الذين يتم تحديدهم على أنهم يعدون في حاجة ماسة إلى تلقي برامج التربية الخاصة وخدماتها يميلون إلى أن يعانوا من إعاقات تزيد في شدتها عما يكون لدى الأطفال من مرحلة الروضة وحتى الصف الثاني عشر.

2- أن بعض الأنساق المدرسية لا تتضمن صفوفاً عادية للأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة أو للمراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة، ومن ثم فإن وضع هؤلاء الأطفال والمراهقين في صفوف أخرى غير الفصول العادية يكون هو الوضع الأكثر ملاءمة لهم.

3- أن المدارس العليا أو الثانوية العادية عادة ما تقدم المناهج والبرامج التربوية المرتبطة بالعمل لأولئك المراهقين الأكبر سناً الذين يعانون من الإعاقات المختلفة.

ومن ناحية أخرى فإن البيئة التي تعتبر هي الأقل تقييداً تعتمد جزئياً على ذلك الاعاقة التي توجد لدى الفرد حيث غالباً ما نجد أنه لا تكون هناك حاجة لوضع ذلك الطفل الذي تتمثل إعاقته الأولية في الإعاقة اللغوية أو عدم القدرة على التحدث في فصل مستقل أو في مدرسة مستقلة. وكذلك فإن غالبية الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يمكننا أن نقوم بتعليمهم بشكل ملائم وبصفة أساسية في صفوف عادية. ومن ناحية أخرى فإن المصادر التي نحتاج إليها في سبيل تعليم أولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية وبصرية

شديدة قد تتطلب ضرورة حضورهم إلى مدارس أو صفوف مستقلة خاصة بهم وذلك لجزء من اليوم الدراسي على الأقل.

أدوار المعلم Teacher's Roles

لاحظنا أن معظم الطلاب المقيدين في المدارس العامة والذين تم تحديدهم على أن لديهم اعاقات محددة أو على أنهم غير عاديين يحضرون في صفوف عادية لجزء من اليوم الدراسي على الأقل. وعلاوة على ذلك فإن هناك سبباً قوياً يجعلنا نعتقد كما يرى موك وكوفمان(2002) Mock & Kauffman أن عدداً كبيراً من طلاب المدارس العامة لم يتم تشخيصهم على أنهم معوقون أو موهوبون، وأنهم يشتركون في سمات أو خصائص عديدة مع أولئك الطلاب الذين نعدهم غير عاديين. وعلى هذا الأساس فإنه يجب أن يتم إعداد المعلمين جميعاً للتعامل مع أولئك الطلاب غير العاديين على الرغم من أنه غالباً ما يكون من غير المعقول أن نتوقع من كل المعلمين أن يقوموا بالتدريس لكل الأطفال غير العاديين حيث يكون من المتوقع منهم في هذا الإطار أن يقوموا بالتدريس لبعض هؤلاء الأطفال فحسب، أي لفئات معينة منهم دون فئات أخرى بطبيعة الحال.

ومما لا شك فيه أن تلك الأدوار التي يلعبها معلم الأطفال العاديين ومعلم التربية الخاصة ليست دائماً على نفس درجة الوضوح بالنسبة لحالة معينة حيث أننا قد نلاحظ أحياناً أن عدم التأكد فيما يتعلق بتقسيم المسئوليات قد يمثل مصدراً كبيراً لتلك الضغوط الواقعة عليهم حيث قد يشعر المعلم على سبيل المثال بعدم الراحة بسبب عدم وضوح الرؤية حول دوره في القيام بعمل التواؤمات الخاصة بالنسبة للطالب أو الطفل غير العادي حتى يتمكن من مسايرة ما يت تقديمه له في المدرسة، أو بسبب عدم وضوح الرؤية أيضاً بالنسبة لما يمكن أن نتوقعه منه وخاصة التعاون مع المعلمين الآخرين في سبيل تحقيق المصلحة أو الفائدة للطفل.

العلاقة بين التربية العامة والخاصة Relationship Between General and Special Education

أضحت العلاقة بين التربية العامة والتربية الخاصة خلال الثمانينيات من القرن الماضي موضع اهتمام كبير من أولئك المهتمين بوضع السياسات، والباحثين، والمدافعين عن الأطفال غير العاديين. ومنذ ذلك التاريخ ظهرت خطط ومقترحات بحثية تتعلق بتغيير العلاقة التي توجد بين هذين النمطين من التربية وهما التربية العامة والتربية الخاصة. وقد تضمنت مثل هذه الخطط دعوات وآراء بإعادة هيكلة الاثنين أو دمجهما معاً في كيان واحد وهو الأمر الذي

يعرف بمبادرة التربية العامة Regular Education Initiative REI أما في التسعينيات فقد أطلق على المقترحات أو الخطط الإصلاحية اسم حركة الاندماج الشامل أو الاحتواء في المدارس inclusive schools movement وقد اقترح المؤيدون المعتدلون لهذه الحركة الإصلاحية أن يتحمل معلم التعليم العام قدراً أكبر من المسئولية حول العديد من الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة أو المتوسطة، أما معلم التربية الخاصة فيقوم في الأساس بتقديم النصيحة أو توفير المصادر لمعلم الصف العادي حتى يتمكن من تعليم الأطفال غير العاديين وبذلك يقل دوره المعروف في مجال التربية الخاصة. أما الإصلاحيون الأصوليون فقد اقترحوا أن يتم التخلص من التربية الخاصة كجزء أو كيان مستقل ومحدد من التربية، فنادوا بالتالي بضرورة وجود نسق تربوي واحد وموحد يتم من خلاله النظر إلى كل الطلاب بنوع من التفرد والخصوصية، ويتم كذلك تقديم نفس كيف التعليم أو التربية لهم، وهو ما قامت عليه حركة الاندماج أو الاحتواء. وعلى الرغم من أن معظم تلك الإصلاحات المقترحة لها جاذبيتها الكبيرة، وأن بعضها يمكن أن يعود بالفائدة على أولئك الأطفال غير العاديين كما يرى كوفمان (2000) Kauffman وهوكينبوري وآخرون (2000) Hockenbury et.al. وكروكيت وكوفمان (2001) Crockett & Kauffman وموك وكوفمان (2002) Mock & Kauffman فإن الأساس الذي يتم في ضوئه التكامل بين التربية العامة والتربية الخاصة، والنتائج التي قد تترتب على ذلك، أو التي قد يسفر عنها مثل هذا التكامل لا تزال موضع تساؤل أو محل شك.

التربية الخاصة والاطفال العرضة للخطر Special Eduaution and Students At Risk

أحد الأسباب الرئيسية التي تكمن خلف تلك المقترحات الإصلاحية في الاهتمام بأولئك الأطفال الذين يعدون في خطر وهم أولئك الأطفال الذين لم يتم تحديدهم بدقة أو بشكل واضح، ولكن هذا المصطلح مع ذلك يشير بصورة واضحة إلى أولئك الأطفال الذين يتسم مستوى أدائهم أو سلوكهم في المدرسة بالضعف الواضح مما يصبح معه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم ألا يحققوا أي نجاح في الاختبارات المختلفة التي تعقد في المدرسة، أو يحصلون على درجات تقل بكثير عن مستوى قدراتهم الكامنة أي أنه يكون هناك تفاوت واضح بين ما يكون لديهم من قدرات وما يحصلون عليه من درجات. ويقترح بعض المؤيدين للإصلاح أنه من الصعب جداً تمييز مثل هؤلاء الأطفال المعرضين للخطر عن أقرانهم ذوي المستوى البسيط من الإعاقة، في حين يرى البعض الآخر أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لمشكلات أولئك الأطفال أن يتم تجاهلها أو عدم الاهتمام بها نظراً لأن التربية الخاصة تستمد المصادر التي تستعين

بها من التربية العامة. وبذلك تظل الأسئلة الملحة في هذا الإطار متمثلة في مدى إمكانية حدوث اندماج بين التربية العامة والتربية الخاصة في هذا الصدد، ومؤداها كالتالي:

- هل يمكن أن يتم الاندماج بين كل من التربية العامة والتربية الخاصة حتى تصل التربية العامة.

إلى درجة أفضل تمكنها من الاستجابة لأولئك الأطفال المعرضين للخطر فتحتويهم بذلك؟ أو :

- هل ستظل التربية الخاصة على هويتها المستقلة، ويتم التوسع فيها حتى تتضمن أو تشمل أولئك.

الأطفال المعرضين للخطر؟ أو:

- هل نتوقع من التربية العامة أن تعمل على تطوير برامج جديدة لأولئك الأطفال المعرضين للخطر دون أن يتم دمجها مع التربية الخاصة؟

ومن الواضح أنه لا توجد هناك في الوقت الراهن أي إجابات جاهزة للرد على مثل هذه الأسئلة وغيرها والتي تتعلق بتربية وتعليم أولئك الأطفال المعرضين للخطر.

الخلاف حول الاندماج الشامل والاضواء The Inclusion contoversy

الاندماج الشامل مفهوم الاستخدام يصف تدريس الاطفال غير العاديين في نفس بيئات افراتهم غير المعاقين. وستناقش موضوع الاندماج في الفصل الثاني. وبغض النظر عن وجهات نظر البعض فان العلاقة بين التربية الخاصة والتربية العامة زادت من وعي المعلم باتخاذ القرارات حول من سوف يتعلم بمنهاج محدد خاص ومن اللذين سوف يتكون خدمات خاصة واين ومن سوف تقدم.

ماذا نتوقع من المعلمين عامة؟ Expectations For All Educators

من المتوقع من المعلم بغض النظر عما إذا كان قد تلقى تدريباً نوعياً في التربية الخاصة أم لا أن يشارك في تعليم المتعلمين غير العاديين بأي طريقة من الطرق التالية :

1- بذل قصارى الجهد لإشباع الحاجات الفردية للأطفال:

يتطلب التدريس في المدارس العامة التعامل مع مختلف الأطفال في الصف الواحد، وعلى هذا الأساس يجب أن يبذل المعلم قصارى جهده حتى يتمكن من إشباع حاجات كل طفل والتي قد تختلف بطريقة أو بأخرى عن حاجات الطفل المتوسط. وبالتالي فإننا نتوقع من كل

معلم أن تتوفر فيه بعض السمات ذات الأهمية في هذا الصدد والتي يمكن أن تساعده على أن يقوم بهذا الدور، ومن أهم هذه السمات المرونة، والتكيف، والمواءمة، والانتباه الخاص. وعندما يبذل المعلم أقصى ما في وسعه من جهد في سبيل إشباع حاجات الطفل، أو حاجات كل طفل ولا تؤدي مثل هذه الجهود إلى تحقيق الغرض الأساسي منها فلا يتمكن بالتالي من إشباع مثل هذه الحاجات تصبح التربية الخاصة ضرورة ملحة في هذه الحالة فقط.

2- القيام بتقييم جوانب القوة والضعف لدى الطفل :

على الرغم من أن الأخصائي النفسي بالمدرسة أو حتى معلم التربية الخاصة قد يعطي للطفل اختبارات مقننة في المجالات الأكاديمية المختلفة فإن ذلك لا يمكن أن يعد تقييماً مناسباً لقدرات الطفل لأن التقييم المناسب في مثل هذه الحالة يتطلب من المعلم أن يقوم كذلك بتقييم أداء الطفل في الفصل، ومن ثم يصبح بمقدوره أن يكتب تقريراً محدداً ودقيقاً يوضح فيه كيف يمكن للطفل أن يؤدي بشكل جيد، وكيف لا يمكنه القيام بمثل هذا الأمر وذلك في مجال أو مجالات أكاديمية محددة يعتبر هذا المعلم هو المسئول عنها.

3- القيام بإحالة الطفل إلى العيادة كي يتم تقييمه بصورة أفضل :

يجب أن تقوم الأنساق المدرسية العامة أو السائدة في المدارس العامة وفقاً للقانون بإخضاع الأطفال في سن المدرسة لاختبارات فرز وتصفية وأخرى تشخيصية حتى يتم التعرف على الأطفال المعوقين وتحديدهم. ومن جانب آخر يجب أن يقوم المعلمون بملاحظة سلوك الأطفال ويقوموا بإحالة أولئك الأطفال الذين يشكون في وجود إعاقات لديهم إلى فريق تقييم متعدد. ونحن نؤكد هنا على أنه يجب ألا تتم إحالة الطفل إلى التربية الخاصة إلا بعد بذل جهد متميز معه في سبيل إشباع حاجاته المختلفة في صف عادي، وعدم الحصول على المردود المناسب نظراً لأن تلك الجهود لم تؤت بثمارها المرجوة، أو بمعنى أدق لم تحقق الهدف منها. وقبل أن تتم إحالة مثل هذا الطفل إلى التربية الخاصة ينبغي أن يوضح المعلم في تقريره عنه ما يكون قد تم استخدامه من استراتيجيات في سبيل تعليمه وإدارته وترويضه في التعليم العام. وإذا لم نتمكن من خلال تلك الاستراتيجيات أن نحقق الأهداف المحددة تصبح الإحالة referral في ذلك الوقت ضرورية ومبررة، وسوف نشير إلى ذلك لاحقاً.

4- الاشتراك في مؤتمرات كمؤتمرات الحالة لاختيار الأطفال وترشيحهم للتربية الخاصة:

قبل أن يتم تقديم أي شكل من أشكال التربية الخاصة للطفل يتم تحديد مدى أحقيته في الاختيار لهذا البرنامج أو ذاك وذلك عن طريق فريق عمل متكامل. وعلى هذا الأساس فإن

المعلم يجب أن يكون مستعداً للعمل مع معلمين آخرين ومع متخصصين من مؤسسات أخرى ذات صلة بهذا الأمر كالأخصائي النفسي، أو الطبيب، أو الأخصائي الاجتماعي على سبيل المثال حتى يمكن أن يتأكد من مدى أحقية ذلك الطفل في الالتحاق بذلك البرنامج.

5- المشاركة في كتابة البرامج التربوية الفردية :

يجب أن تكون هناك خطة تعليم فردية أو ما يعرف بالخطة التربوية الفردية IEP لكل طفل توضع في ملف خاص يتم الاحتفاظ به في السجل الخاص بالطفل في المدرسة. ويجب أن يكون المعلمون على استعداد للمشاركة في مؤتمر يشبه مؤتمر الحالة يضم معهم الطفل ووالديه، أو والديه فقط إلى جانب بعض المختصين الآخرين، ويتم من خلال ذلك المؤتمر صياغة البرنامج الذي يتناسب مع حالة الطفل، ويكون من شأنه أن يعمل على تحسين تلك الحالة بعد أن يناقشوا حالته ويقوموا بتحديدها بصورة دقيقة. ومن جانب آخر يجب أن يتم الاحتفاظ بمثل هذا البرنامج التربوي الفردي في سجل الطفل مكتوباً.

6- التواصل مع الوالدين أو الوصي على الطفل :

مما لا شك فيه أن الوالدين، أو بديلهما، أو الوصي على الطفل، أو ولي أمره إذا كان شخصاً آخر غير الوالد يجب أن تتم استشارته عند تقييم حالة الطفل لتحديد مدى أهليته أو أحقيته للالتحاق ببرنامج للتربية الخاصة، أو عند صياغة برنامج التعليم الفردي الخاص به، أو عند إعادة تقييم أي برنامج خاص قد يتم تصميمه للطفل. ويجب أن يسهم المعلمون من جانب آخر بدور فاعل في حدوث التواصل مع الوالدين وذلك فيما يتعلق بمشكلات الطفل التي يعاني منها، أو التي تواجهه، وتسكينه في برنامج تربوي مناسب، وتحديد مدى تقدمه في هذا البرنامج.

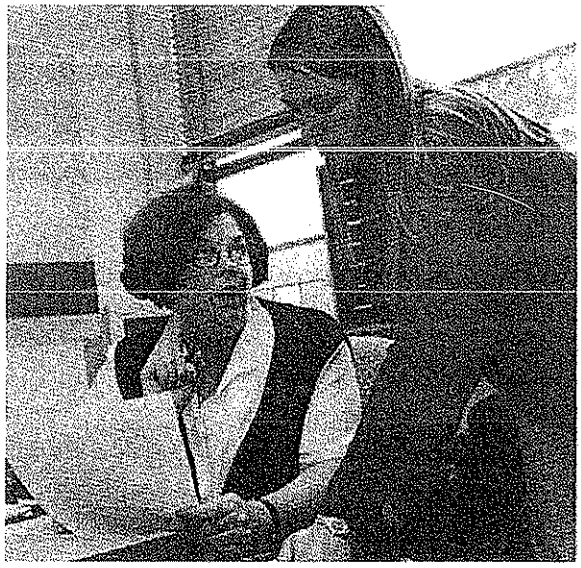
7- المشاركة في تحديد الخدمات المطلوبة أو التفاوض حولها :

عندما يجد الوالدان أو أولياء الأمور، أو الأطفال المعوقون أنفسهم أنهم غير راضين عن استجابة المدرسة للحاجات التربوية للأطفال فإنهم قد يطلبون تحديد الخدمات المناسبة لهم أو التفاوض بشأنها. وقد يعمل المعلمون على عرض ملاحظاتهم أو آرائهم أو مقترحاتهم في جلسات استماع أو في جلسات التفاوض.

8- الاشتراك مع مختصين آخرين في تحديد قدرات الأطفال غير العاديين واستغلالها إلى الحد الأقصى:

لا يعتبر العمل على إيجاد الحلول المناسبة لتلك التحديات التي تواجهنا عند تعليم أولئك

الأطفال وتنفيذ مثل هذه الحلول مسئولية جماعة معينة من المختصين دون سواها ممن يتعاملون مع هؤلاء الأطفال، ومن ثم فإذا كنا نبحث عن عملية الاندماج الشامل أو الاحتواء inclusion أي نريد أن نزيد عن مجرد الدمج وأن نتجاوزه فإنه يصبح من المتوقع من كل من معلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة أن يقوما بمسئولية محددة في تعليم مثل هؤلاء الأطفال غير العاديين. وإضافة إلى ذلك فإن المعلمين قد يحتاجون إلى أن يشاركهم في هذا المضمار مختصون آخرون، وأن يتم التعاون معهم وذلك اعتماداً على درجة الاستثناء التي يتسم الطفل بها. ومن جانب آخر فإن هناك العديد من المختصين الذين يحتاجون رأي المعلم في هؤلاء الأطفال وخاصة فيما يتعلق بجوانب قوتهم ونواحي الضعف التي يعانون منها، بل إن هذا الرأي يعتبر على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة لهم. ويأتي الأخصائي النفسي، والمرشد، والطبيب، والمعالج، وغيرهم في مقدمة هؤلاء المختصين. كذلك فإنهم قد يعولون كثيراً على المعلم في تنفيذ أو تطبيق جوانب لا بأس بها مما يقومون بهمن تقييم للطفل أو علاجه.



ومما لا شك فيه أنه يجب أن يكون هناك مستوى مرتفع من الكفاءة المهنية إلى جانب ميثاق أخلاقي حتى يتمكن المعلم من الامتثال لمثل هذه التوقعات وتحقيقها. وإلى جانب ذلك فإن التدريس عامة والتدريس لهؤلاء الأطفال على وجه الخصوص يتطلب معرفة دقيقة بنمو الطفل من جانب المعلم مع خبرة في التدريس. وعلاوة على ذلك فإن المعلمين عادة ما يواجهون العديد من المشكلات المهنية والأخلاقية في محاولتهم إشباع حاجات الأطفال ووالديهم من ناحية، وفي محاولتهم الامتثال للضغوط القانونية والإدارية الواقعة عليهم من ناحية أخرى . فعلى سبيل المثال عندما تكون هناك دلائل على أن الطفل ربما يعاني من إعاقة معينة فهل يقوم المعلم على الفور بتحويل ذلك الطفل إلى الأخصائي حتى يقوم بتقييمه، وتسكينه في برنامج مناسب من برامج التربية الخاصة وهو يعلم أنه أي الطفل لن يجد هناك إلا الخدمات غير المناسبة؟ وهل يمتنع المعلم الذي يعتقد بشدة في أن المراهق الذي يعاني من تخلف عقلي بسيط يحتاج إلى التربية

الجنسية عن إعطائه أي معلومات في هذا الصدد لأن التربية الجنسية لا تعد مطلقاً جزءاً من المنهج المقرر، وأن إدارة المدرسة لن توافق على ذلك؟

التوقعات من معلمي التربية الخاصة Expectations for special Educators

إضافة إلى ما يجب أن يكون عليه المعلم من كفاءة تمكنه من تحقيق تلك التوقعات التي ننتظرها منه والتي عرضنا لها سلفاً فإن معلم التربية الخاصة يجب أن تكون لديه خبرة خاصة في المجالات التالية:

1- التعليم الاكاديمي للطلبة للذين يعانون من مشكلات في التعلم:

يعاني الغالبية العظمى من الأطفال المعوقين من صعوبات جمة تتعلق بمهاراتهم الأكاديمية وذلك قياساً بأقرانهم غير المعوقين. وهذا صحيح بالنسبة لجميع فئات الإعاقة نظراً لأن الإعاقات الحسية، والإعاقات الجسمية، والإعاقات العقلية، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية تميل جميعاً إلى أن تجعل التعلم الأكاديمي أمراً أكثر صعوبة. وغالباً ما نجد أن المشكلة الأساسية التي تكمن خلف كل ذلك تتمثل في الإبصار حيث أحياناً ما يكون هناك تطرف فيما يتعلق بها. وعلى هذا الأساس فإن معلم التربية الخاصة يجب أن يتسم بما هو أكثر من الصبر والأمل وذلك على الرغم من أنه قد يحتاج إلى تلك السمات بالدرجة التي يحتاج بها إلى العديد من السمات الأخرى. ومن جانب آخر فإن المعلم يجب أن يتسم بمهارته التقنية في عرض المهام الأكاديمية كي يتمكن الأطفال المعوقون من فهم مثل هذه المهام، والاستجابة لها بشكل مناسب. وهذا هو ما جعل زيجموند Zigmond (1997) يقرربأن التدريس للأطفال غير العاديين، وتعليمهم أو تربيتهم عامة يعد هو المفتاح الرئيسي الذي يمكن من خلاله أن يحدث تحسن في التربية الخاصة.

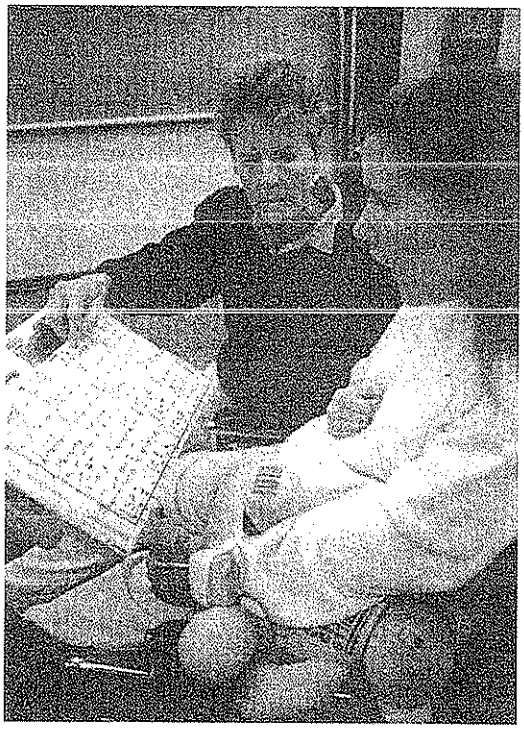
2- ضبط المشكلات السلوكية الشديدة وإدارتها:

يعاني العديد من الأطفال المعوقين في واقع الأمر من مشكلات سلوكية متعددة ومتباينة وهو الأمر الذي يضاف إلى اعاقاتهم العديدة الأخرى. ومن ثم فإن بعض هؤلاء الأطفال يحتاج في الأساس إلى التربية الخاصة بسبب سلوكه الفوضوي أو غير الملائم. وعلى ذلك يجب أن يكون لدى معلم التربية الخاصة كما يرى ييل Yell (1998) القدرة على أن يتعامل بفاعلية مع أكثر من مجرد سلوك هؤلاء الأطفال العادي المثير للمشكلات. وإلى جانب ما يجب أن يتسم به المعلم من فهم واع لهؤلاء الأطفال، وشفقة بهم يرى كوفمان وآخرون Kauffman (2002) et.al. أنه يجب أن يجيد استخدام تلك الأساليب الفنية التي يمكن أن تسمح له بأن يجعل

أولئك الأطفال الذين ينسحبون من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة يتحدثون بحرية مع الآخرين، وأن يسيطر على أولئك الأطفال مرتفعي العدوانية، أو الذين يصدر عنهم سلوك فوضوي متعدد، وأن يعلمهم المهارات الاجتماعية ذات الأهمية بالنسبة لهم. ولذلك فإن القانون الفيدرالي في الولايات المتحدة الأمريكية يقرر على وجه التحديد أن خطط التدخل السلوكي الإيجابية لأي طفل يتلقى برنامجاً للتربية الخاصة أو تصدر عنه مشكلات سلوكية خطيرة يجب أن تكون مكتوبة بغض النظر عن تشخيصه الذي يجعله تابعاً على وجه التحديد لهذه الفئة أو تلك.

3- استخدم من التطورات التكنولوجية:

مما لا شك فيه أن هناك تزايداً مستمراً في استخدام تطبيقات التكنولوجيا لمواجهة تلك المشكلات التي تصادفنا في تعليم الأطفال غير العاديين وفي تطوير مهاراتهم اليومية. وقد تم في هذا الإطار تطوير العديد من الأجهزة والأساليب بشكل سريع وخاصة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الحسية أو لأقرانهم الذين يعانون من الإعاقات الجسمية. ومن ثم فإن معلم التربية الخاصة يحتاج إلى أكثر من مجرد الوعي بالأجهزة التكنولوجية المتاحة حيث يجب عليه أن يكون قادراً على تقييم تلك الأجهزة من ناحية مدى الاستفادة منها فيوضح مزاياها وعيوبها في إطار التعامل مع الأطفال غير العاديين وتعليمهم.



مؤلف الصوت هو أحد الاساليب التكنولوجية المستخدمة في التربية الخاصة

4- معرفة قانون التربية الخاصة

هناك العديد من القوانين التي تتعامل مع التربية الخاصة في الوقت الراهن إلى جانب تفاصيل قانونية أخرى عديدة تتعلق بها، وهناك قوانين توضح حقوق الأطفال المعوقين بشكل تفصيلي دقيق إلى جانب العديد من التشريعات التي تتعلق بذلك. وفضلاً عن ذلك فإن القوانين المختلفة وما يصاحبها من قواعد وتنظيمات

متباينة عادة ما يتم تفسيرها كما يشير هيوفنر(Huefner (2000 من خلال تلك الأحكام التي تنتهي إليها المحاكم المختلفة والتي قد يكون لبعضا تطبيقات واسعة الانتشار أي على نطاق واسع من جانب أولئك الأفراد المهتمين بالتربية الخاصة. إلا أنه من الضروري أن نوضح أننا لا نريد من معلم التربية الخاصة أن يكون محامياً، بل نريده أن يكون على دراية بتلك القوانين فقط حتى يمكنه أن يعرف ما يكون للطفل وما عليه في ضوء ذلك، وأن يلم بهذا الأمر كي يتمكن من الدفاع عن حقوق هؤلاء الأطفال المعوقين، وأن يطالب بالمزيد من الاهتمام بهم، وتقديم الخدمات اللازمة والمناسبة له.

التعاون والتدريس المشترك للطلبة المعاقين:

Collabrostion and Co- Teaching of Student With disabilities

ماذا يجب ان افعل؟

وفقا للتقرير السنوي السابع عشر للمجلس الشيوخ الامريكي فان 40.537 من الطلبة المعاقين في الولايات المتحدة يدرسون في صوف التربية العامة في عام 1992-1993 وفي التقرير الرابع والعشرون فان حوالي 47% من الطلبة المعاقين قضوا هكل من 21% نصفهم خارج التربية العامة. ومع حركة الاندماج الشامل الاضواء فان معلمو التربية الخاصة يطلبون من معلمين التربية العامة ان يتعاونوا معهم في التدريس، وهذا التعاون قد يفرض اشكال عديدة منها الاستثارة التعاونية والعمل على المعلمون المتنقلون والمساعدين الاخرين والتدريس المشترك، ووفقا للمركز الوطني للاسلام التربوي والاندماج الشامل فان التدريس المشترك هو نموذج تعاوني مستقل من قبل المدارس.

ولبحث مسألة التعاون والتدريس المشترك فاننا يجب أن نعمل وفقا لمبدأ «اجعلها تعمل» "Making it Work"فهناك بعض افراد اجزاء خاصة في كل فصل من هذا الكتاب تشتمل على جزئين متنقلين وهي : ماذا يعني ان تكون معلما لطلبة ذوي حاجات خاصة، والاخر استراتيجيات ناجمة لتحقيق التدريس المشترك والتعاون. والجزء الاول يشتمل معلومات حول مهارات معلموا التدريسية الخاصة كما حددها مجمل الاطفال غير العاديين (CEC) وهي تشمل معايير مهنية مستندة الى الاداء. ويعتبر CEC من أكثر المنظمات المنصبة انتشارا في مجال التربية الخاصة ويشتمل على فروع خاصة بالاعاقات وتصنيفها والاباء. وان من المهم ان نفهم وندرك خبرات معلمو التربية الخاصة التي يمكن ان تسهم في الصفوف التعاونية.

اما الجزء الثاني فهو يشتمل على امثلة ممارسات تعليمية مستندة الى البحث وهذه

لممارسات على المعلم ان يستخدمها عندما يريد تحقيق التعاون الناجم في الصفوف الحقيقية. وكل جزء يشتمل على معلومات محددة الوصول الاستراتيجية او الصفوف الموصوف.

اصول التربية الخاصة Origins of Special Education

من الجدير بالذكر أن العصور المختلفة قد شهدت بما لا يدع مجالاً للشك أطفالاً غير عاديين، ولكنها مع ذلك لم تشهد تقديم خدمات تربوية خاصة لهم في سبيل إشباع حاجاتهم المختلفة أو تقديم خدمات مناسبة لهم يمكن أن تعود عليهم بالفائدة المرجوة. فيشير وينزر Winzer (1998) أنه قد تم خلال القرن الثامن عشر وبالتحديد خلال تلك السنوات التي تلت قيام الثورتين الأمريكية والفرنسية اتخاذ العديد من الإجراءات الفعالة لتعليم أولئك الأطفال المعوقين حسياً أي الذين يعانون إما من الإعاقة البصرية أو الإعاقة السمعية. أما بدايات القرن التاسع عشر فقد شهدت ظهور أولى المحاولات المنظمة التي بذلت في سبيل تعليم المعتوهين والمجانين أو من نطلق اليوم عليهم المتخلفين عقلياً والمضطربين انفعالياً أو سلوكياً.

وفي فترة ما قبل الثورة سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو في فرنسا كان أكثر ما فعله المجتمع للأطفال المعوقين، وما قدمه لهم يتمثل في توفير قدر من الحماية وهو ما تمثل في توفير المصحات asylum لهم بحيث يمكن وضعهم فيها لحمايتهم من قسوة العالم الذي يعيشون فيه والذي لا يمكنهم أن يتكيفوا معه، أو يعيشوا بصورة كريمة فيه إذا كان لهم أن يحيوا بينه من الأساس. ولكن مع ظهور أفكار أساسية في كل من المجتمعين الأمريكي والفرنسي مثل الديمقراطية، والحرية الشخصية، والمساواة حدث تغير كبير في الاتجاهات فبدأ المصلحون السياسيون والقادة في مجالي الطب والتربية في التسابق لمعرفة تلك الأسباب التي أدت إلى مثل هذه الحالة التي وصل الأطفال المعوقون إليها، وبدأوا على أثر ذلك يهتمون بإكساب أولئك الأفراد المهارات التي يمكن أن تساعدهم على الاستقلال، وعلى أن يصبحوا مواطنين منتجين. وقد ظهرت مثل هذه العواطف الإنسانية مع الرغبة في حماية هؤلاء الأطفال والدفاع عنهم، وحاول القادة الأوائل أن يجعلوا من أولئك الأطفال غير العاديين أفراداً عاديين وذلك إلى أقصى حد ممكن، وبدأوا يضفون عليهم قدراً مناسباً من الكرامة الإنسانية التي يفتقدونها.

وترجع الجذور التاريخية للتربية الخاصة في الأساس إلى تلك السنوات الأولى التالية لعام 1800 أو إلى ما ساد القرن التاسع عشر عامة من اهتمام بها. ومن السهل أن نقوم بتتبع جذور الأساليب التربوية المعاصرة التي يتم استخدامها مع أولئك الأطفال غير العاديين وذلك بالعودة إلى تلك الأساليب الرائدة التي تم استخدامها آنذاك. كما أن معظم الأمور الحيوية

والجدلية التي تتعلق بهم كانت قد أثيرت أساساً منذ بداية الاهتمام بالتربية الخاصة. هذا وقد وجد العديد من الكتاب المعاصرين أن تاريخ التربية الخاصة يعد على درجة كبيرة من الأهمية في سبيل فهم مثل هذه الموضوعات التي تتم إثارتها في الوقت الراهن، وبالتالي يمكن أن نوليها مزيداً من الاهتمام استفادة من تلك الدروس التي يمكن أن نتعلمها من الماضي . وفي مناقشتنا لبعض الأحداث التاريخية الهامة والاتجاهات المختلفة منذ عام 1800 فإننا سنعلق بشكل مختصر على تاريخ الأفراد والأفكار، وتطور النظام الخاص بهم، والتنظيمات الوالدية والمهنية، والتشريعات المختلفة.

التربية الخاصة تعني التعليم الخاص:

Special Education Means Specaial Instruction

التربية الخاصة تعتبر ممارسات تربوية مدعومة تجريباً ومستمدة من الابحاث. وان نقدم التربية الخاصة معناه اختبار موضوعات بدقة لاهداف التعليم وهي ايضا تعني تدريس موضوعات خاصة وتعليمها بطرق خاصة.

ويعتبر تعليم الرفاق الخاص والتعليم المستند الى المجتمع ومساعدات الذاكرة والتعليم المباشر والمراجعة الذاتية والتعديلات التعليمية والتربية المعدلة فكلها تستند الى ممارسات قائمة على البحث. وقد قطع البحث في التربية الخاصة ذوي الحاجات الخاصة. وهناك المحددات الحاضرة ومعلومات ممارسات تربوية فعالة قائمة على البحث مع الافراد ذوي الحاجات الخاصة. وهناك المحددات الحاضرة ومعلومات تضاف اليها كل يوم. وهذا يجعل من الصعب على معلم التربية وان يواكب لكل هذه التطورات . ومع ذكريات مطالبة الاجراءات تجريبياً ضرورياً لمعلم التربية الخاصة. وخلال هذا الكتاب فهناك اجزاء خاصة تعرض معلومات خاصة بالاجراءات الفعالة ومن اين يمكن للمعلم ان يحصل على المعلومات وتطبيقاتها في الصف وهذه المعلومات معروضة أو موصوفة في جزء خاص اسم التعليم الاستجابي Rapousive Instruction مع معايير CEC لمعلمي التربية الخاصة الجدد كما يقدم معلومات مفيدة لمعلم التربية العامة بالنسبة للطلبة في المراحل الاولية ومن اعدادهم في التربية الخاصة، فهناك امثلة لتطبيقات عملية وأما الطلبة المستخدمين او اللذين يدرسون في الميدان فيمكن ان يوجهوا مباشرة الى استراتيجيات او مناهج لاستعمالها في الصف.

الأفراد والأفكار People And Ideas

من الجدير بالذكر أن معظم الأفراد الذين بدأت التربية الخاصة على أيديهم كانوا في

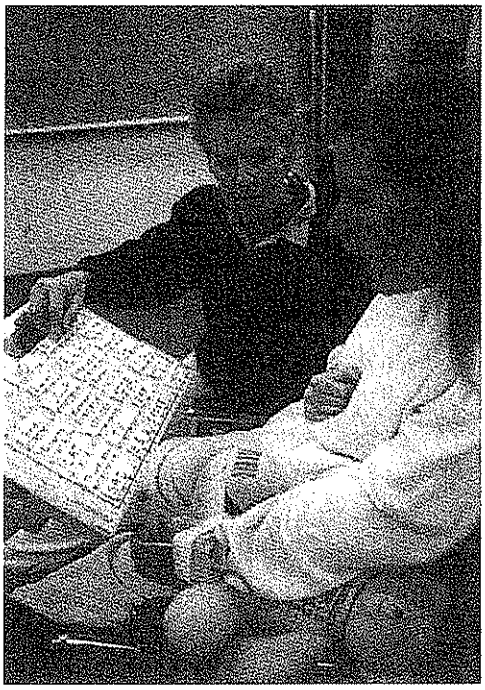
الأصل أطباء أوربيون من الشباب الطموح وهو ما أدى بهم كما يرى كانر (1964) Kanner وويتزر(1998) Winzer إلى تحدي ما كان سائداً من آراء سواء من جانب حكوماتهم، أو حتى أصدقائهم ومعلميهم .

ويأتي في مقدمة هؤلاء الأفراد الطبيب الفرنسي جان- مارك - جاسبارد إيتارد Jean- Marc- Gaspard Itard (1838 –1775) الذي كان حجة في أمراض الأذن، وفي تعليم الأفراد الصم، ويعد هو الشخص الذي يقوم معظم المؤرخين بإرجاع بدايات التربية الخاصة التي نعرفها في وقتنا الراهن إليه. وقد بدأ هذا الطبيب الشاب في السنوات الأولى من القرن التاسع عشر بتعليم ولد في حوالي الثانية عشرة من عمره تم العثور عليه عارياً ومتوحشاً في إحدى غابات فرنسا. وقد أشار عليه معلمه فيليب بنيل (1826–1745) Phillppe Pinel الطبيب الفرنسي المشهور الذي عرف بدفاعه في ذلك الوقت المبكر عن العلاج الإنساني للمجانين وتأييده لذلك بأن جهوده التي يبذلها مع هذا الولد لن يكتب لها النجاح لأن ذلك الولد الذي كان يدعى فيكتورVictor كان أبلهاً، ولا أمل فيه. ولكنه أصر على أن يستمر في ذلك، ولم يتجاهل جوانب العجز أو القصور التي كان يتسم ذلك الولد بها، فعمل على تحسين سلوكه الوحشي من خلال الصبر، واللجوء إلى الإجراءات التربوية المنظمة (Itard,1962).

جان- مارك- جاسبارد إيتارد-Jean Marc- Gaspard Itard

وكان إدوارد سيجوين (1880-1812) Eduard Séguin وهو تلميذ إيتارد Itard قد هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1848وكان آنذاك عالماً تربوياً مشهوراً وخاصة في تربية الأطفال البلهاء ممن نطلق عليهم اليوم المتخلفين عقلياً على الرغم من أن معظم المفكرين في ذلك الوقت كانوا مقتنعين بأن مثل هؤلاء الأطفال لا يمكنهم أن يتعلموا أي شيء ذي مغزى أو دلالة معينة أي أنه من الصعب علينا وفقاً لذلك أن نعلمهم أي شيء ذي أهمية.

ومن الجدير بالذكر أن الأفكار التي طرحها العلماء الأوائل في التربية الخاصة كانت تعتبر آنذاك بمثابة أفكار ثورية. وفيما يلي نعرض لبعض هذه الأفكار الثورية التي قدمها إيتارد Itard وسيجوين Séguin وخلفاؤهما والتي شكلت الأساس الذي انطلقت منه وقامت عليه التربية اخاصة بشكلها ووضعها الراهن:



1- التعليم الفردي: وتعمل خصائص الطفل وفقاً لذلك وليس المحتوى الأكاديمي المحدد كأساس لأساليب التدريس المتبعة في هذا الإطار.

2- التتابع الجيد للمهام التربوية على شكل سلسلة: وتعرف بسلسلة المهام التربوية المتتابعة جيداً أو بعناية والتي عادة ما تبدأ بتلك المهام التي يمكن للطفل أن يؤديها، والتي تؤدي بالتدريج إلى التعلم الأكثر تعقيداً.

3- التركيز على الإثارة وإيقاظ حواس الطفل: ويكمن الهدف من ذلك في جعل الطفل أكثر وعياً بالمثيرات التربوية المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها، وفي جعله أكثر استجابة لمثل هذه المثيرات.

4- التنظيم الدقيق لبيئة الطفل: يؤدي الترتيب الدقيق للبيئة، وتركيبها، وخبرة الطفل بها إلى حدوث التعلم من جانب الطفل وذلك بشكل طبيعي .

5- التعزيز الفوري للأداء الصحيح من جانب الطفل: ويتم ذلك من خلال تعزيز السلوك المرغوب الذي يأتي به الطفل. وتعد تلك الإثابة ذات أهمية كبيرة في هذا الصدد.

6- تعليم الطفل المهارات الوظيفية وتدريبه عليها: وتتمثل الرغبة التي تكمن خلف ذلك في أن نساعده على أن يتسم بالكفاءة الذاتية، وأن يكون منتجاً بقدر الإمكان في حياته اليومية.

7- الاعتقاد بأن كل طفل يجب أن يتعلم إلى أقصى حد ممكن: ويرجع السبب الرئيسي الذي يكمن خلف هذا الاعتقاد إلى أنه من الممكن بالنسبة لكل طفل أن يخبر بعض التحسن وذلك إلى حد ما.

وعلى الرغم من أننا لم نذكر سوى الأطباء الأوربيين الذين أسهموا بشكل واضح في نهضة التربية الخاصة حيث أن غالبية الأعمال الأولى في هذا الإطار قد تمت من جانبهم، كما أن غالبية الجهود التي بذلت آنذاك كانت أوربية في أساسها فإن العديد من الباحثين

الأمريكيين قد ساهموا بدرجة كبيرة في تلك النهضة خلال مثل هذه السنوات الأولى. إلا أن التطورات العديدة التي شهدتها أوربا في ذلك الوقت وفي هذا المجال كانت هي الأفضل والأعظم، ولذلك فقد آثر بعضهم أن يسافر إلى أوربا لأغراض محددة يتمثل غالبيتها في الإلمام بكم أكبر من المعلومات التي تتعلق بتربية الأطفال ذوي الإعاقات في أوربا.

ويعتبر صامويل جريدلي هاو Samuel Gridley Howe (1876-1801) من أهم المفكرين الأمريكيين الذين أبدوا اهتماماً كبيراً بتربية الأطفال ذوي الإعاقات، وكان هاو Howe قد تخرج من مدرسة الطب في هارفارد Harvard Medical School عام1824ومع ذلك فقد كان سياسياً، ومصلحاً اجتماعياً، ورائداً في التحرر الإنساني إلى جانب عمله كطبيب ومرب. وفضلاً عن ذلك فقد كان له دور فاعل في تأسيس مدرسة بيركنزPerkins للمكفوفين في واترتاون Watertown بولاية ماساشوستس Massachusetts. كما كان أيضاً معلماً للأطفال الصم المكفوفين أي ذوي الإعاقة الحسية المزدوجة، وكان نجاحه في تعليم لورا بريدجمان Laura Bridgman الفتاة الصماء الكفيفة في ذات الوقت قد أثر بدرجة كبيرة في تعليم هيلين كيلر Helen Keller. وفي العقد الخامس من القرن التاسع عشر لعب هاو Howe دوراً بارزاً في إنشاء مدرسة تجريبية للمتخلفين عقلياً وذلك بمساعدة سيجوين. Sé-guin

وعندما كان توماس هوبكينز جالوديت Thomas Hopkins Gallaudet (1851-1787) الذي عمل كاهناً بعد ذلك لا يزال طالباً بمعهد لاهوتي لإعداد رجال الدين في أندوفرAndover فقد حاول أن يقوم بتعليم فتاة صماء، وقام بزيارة أوربا كي يتعلم كيفية تعليم الصم، ثم قام في عام 1817 بإنشاء أول مدرسة أمريكية داخلية بمدينة هارتفورد Hartford في كونيكتيكوت Con-necticut. وذلك للطلاب الصم وهي المدرسة التي تعرف حالياً بالمدرسة الأمريكية للصمAmerican School of the Deaf. هذا وقد سميت جامعة جالوديت في واشنطن Gallaudet University in Washington. باسمه تكريماً له مع العلم بأنها هي الوحيدة التي تقوم بتدريس الفنون العقلية كاللغات، والعلوم، والفلسفة، والتاريخ، وغيرها للطلاب الصم وهو ما يؤلف برنامجاً في التعليم يختلف عن الدراسات المهنية أو التقنية.

توماس هوبكينز جالوديت
Hopkins Gallaudet Thomas

هذا وقد كانت السنوات الأولى في عمر التربية الخاصة

مليئة بالعديد من الأفكار الجديدة. وعلى هذا الأساس فلن يكون من الممكن أن نقرأ كلمات إيتارد Itard وسيجوين Séguin وهاو Howe ومعاصريهم دون أن ننجذب للرّومانسية والمثالية والإثارة التي تضمنتها تلك الأعمال الجريئة التي قاموا بها. ولذلك فقد كانت تلك النتائج التي تمكنوا من تحقيقها مميزة بحق لذلك العصر الذي عاشوا فيه. وقد ظلت التربية الخاصة حتى الآن مجالاً خصباً لتقديم الجديد، والإثارة، والمثالية، والجدل. ومع ذلك ينبغي أن يعلم المعلمون ككل وفي مقدمتهم معلمو التربية الخاصة كيف ولماذا ظهرت التربية الخاصة كنظام معين ومحدد.

تطور التربية الخاصة كنظام Groth of the Discipline

لم تظهر التربية الخاصة كنظام تربوي بشكل مفاجئ، كما أنها لم تتطور بمعزل عن الأنظمة التربوية الأخرى. كذلك فإن ظهور علم النفس وعلم الاجتماع وخاصة بداية استخدام الاختبارات العقلية على نطاق واسع في السنوات الأولى من القرن العشرين كانت له انعكاساته وتطبيقاته المتعددة التي ساهمت كثيراً في تطور التربية الخاصة. ومن جانب آخر فإن دراسة التعلم من المنظور السيكلوجي، وإمكانية التنبؤ بالنجاح أو الفشل في المدرسة عن طريق استخدام الاختبارات وهو ما قام به علماء النفس قد ساهم كثيراً أيضاً في تركيز الانتباه على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. أما علماء الاجتماع والأخصائيون الاجتماعيون والأنثروبولوجيون فقد لفتوا الانتباه من ناحية أخرى إلى تلك الأساليب التي تستجيب بها أسر الأطفال غير العاديين ومجتمعاتهم المحلية لهم، والتي يؤثرون من خلالها على أسلوبهم في التعلم والتوافق. ويزخر التراث السيكلوجي في القرن التاسع عشر بسجلاته النادرة عن التخلف العقلي أو الإعاقات العقلية الأخرى التي تفسرها وتعمل على إيضاح أسبابها، ومع ذلك فلم يتم تقديمها في إطار تلك الأطر المفاهيمية المختلفة التي ندركها اليوم على أنها علم النفس أو علم الاجتماع أو التربية الخاصة. وعلى الرغم من ذلك فقد بدت مفاهيم الإعاقة حتى في بداية القرن اعشرين بسيطة وغير متقنة قياساً بتلك المعايير التي تسود في وقتنا الراهن.

ومع تطور مهنة التعليم في حد ذاتها، وتحوّل تلك القوانين التي تتعلق بالحضور الإجباري إلى واقع أصبح هناك إدراك متطور بين المعلمين ومديري المدارس بأنه يجب أن يتم تقديم شيء يزيد عن تلك الخبرة التي تقدم داخل الفصول وذلك لعدد كبير من الطلاب وهي تلك الفكرة التي برعت فيها إليزابيث فاريل Elizabeth Farrell المعلمة بمدينة نيويورك New York City في بدايات القرن العشرين والتي كان لها دور مؤثر للغاية في تطور التربية الخاصة كمهنة حيث حاولت هي ومديرو المدارس بمدينة نيويورك استغلال تلك المعلومات

المتاحة لديهم عن نمو الطفل، والخدمة الاجتماعية، والقياس العقلي، والتربية في سبيل إشباع حاجات الأطفال والمراهقين الذين لا يتم تقديم الخدمات المناسبة لهم في الفصول أو المدارس العادية، أو الذين يتم استبعادهم منها. كما دافعت فاريل Farrell بشدة عن تلك الخدمات التي يتم تقديمها للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وأبدت تأييداً قوياً لها كما يرى سافورد وسافورد Safford & Safford (1998). وقد تمثلت دوافعها هي وكل من شاركها من المعلمين والمديرين الذين عملوا معها كما يرى ماكميلان وهندريك Mac Millan & Hendrick (1993) في رؤية كل طالب بما فيهم الأطفال أو المراهقين غير العاديين يتلقى تعليماً مناسباً إلى جانب ما يرتبط به من خدمات اجتماعية وصحية تعد ضرورية في سبيل الوصول إلى الحد الأمثل من التعليم في المدرسة. وفي عام 1922 قامت فاريل Farrellومجموعة من معلمي التربية الخاصة الآخرين من كافة أنحاء كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا بتأسيس مجلس أو جمعية الأطفال غير العاديين Council for Exceptional Children والتي لا تزال لليوم هي المنظمة الأساسية لمعلمي التربية الخاصة.

وتعتبر التربية الخاصة المعاصرة بمثابة مجال مهني له جذوره المتعمقة في العديد من الأنظمة الأكاديمية المتعددة وخاصة الطب، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، والخدمة الاجتماعية إضافة إلى التربية المهنية. ويختلف هذا النظام تماماً عن دمج التربية المهنية مع البرامج التدريبية الخاصة وإن كان يشبه بدرجة كبيرة ذلك الدمج الذي يرتبط بالاهتمام الأساسي بتلك المدارس الخاصة والتدريس بها.

المنظمات المهنية والوالدية

مما لا شك فيه أن كلاً من الأفراد والأفكار قد لعبوا دوراً جوهرياً في تاريخ التربية الخاصة، ولكن معظم التطور الذي حدث على امتداد تلك السنين الطويلة قد تحقق في الأساس على أثر تلك الجهود التي بذلها المهنيون والآباء. وإذا كان تأسيس الجماعات المهنية يرجع إلى بداية القرن التاسع عشر فإن المنظمات الوالدية القومية ذات التأثير في هذا الصدد لم تتأسس في الولايات المتحدة الأمريكية إلا منذ عام 1950 فقط.

ومن الجدير بالذكر أن أولى المنظمات المهنية التي اهتمت بتعليم الأطفال ذوي الإعاقات كانت عبارة عن جمعيات طبية تم تأسيسها في العقد الأول من القرن التاسع عشر. ومع تأسيس جمعية الأطفال غير العاديين وفروعها العديدة وجد المعلمون فيها جمعية أو منظمة مهنية تم تخصيصها للتربية الخاصة. وقد بلغ عدد الأعضاء العاملين فيها في الوقت الراهن إلى ما يزيد عن خمسين ألف عضواً من بينهم حوالي عشرة آلاف طالباً. وهناك بلا شك

جمعية قومية واحدة للأطفال غير العاديين ومئات من الفروع المحلية التابعة لها والتي تم تأسيسها لإشباع اهتمامات وحاجات الأعضاء الذين يتخصصون في مجال معين.

وعلى الرغم من أن المنظمات الوالدية تسمح للأفراد الذين لا يوجد لديهم أطفال غير عاديين من أصلابهم بالانضمام إلى عضويتها فإن تلك العضويات أو تلك الجمعيات تضم في الأساس أولئك الآباء الذين لديهم أطفال من هذا القبيل، ومن ثم فإنها تركز على أمور ذات أهمية خاصة بالنسبة لهم. وتعمل المنظمات الوالدية في الأساس على تحقيق ثلاث وظائف أساسية:

1- توفير جماعة غير رسمية لأولئك الآباء الذين يفهمون مشكلات بعضهم البعض، وما يفتقرون إليه من حاجات، ومساعدة بعضهم البعض على مواجهة ما يصادفهم من قلق وإحباطات مختلفة.

2- توفير المعلومات التي تتعلق بتلك الخدمات اللازمة لهم ولأطفالهم، وما يرتبط بها من مصادر يمكن توفير تلك الخدمات من خلالها.

3- توفير البنية التي يمكن من خلالها الحصول على تلك الخدمات التي يحتاجها أطفالهم.

وهناك العديد من المنظمات الوالدية التي تعد نتاجاً لمثل هذه الجهود التي يبذلها الآباء في هذا الصدد، ويأتي في مقدمتها جمعية المواطنين المتخلفين عقلياً Association for Retarded Citizens ARC والجمعية القومية للأطفال الموهوبين National Association for Gifted Children NAGC وجمعية صعوبات التعلم Learning Disabilities Association والجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد Autism Society of America والاتحاد الفيدرالي الأسري للصحة النفسية للأطفال Federation of Families for Children`s Mental Health.

التشريعات Legislation

لعبت القوانين دوراً هاماً في تاريخ التربية الخاصة، بل إننا لنجد في الواقع أن الكثير من جوانب التطور في إشباع الحاجات التربوية للأطفال والمراهقين المعوقين يمكن عزوها إلى تلك القوانين التي ألزمت الولايات والمحليات أن تقوم بتضمين الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في إطار نسق التعليم العام. إلا أننا مع ذلك سوف نركز هنا على تلك التشريعات الحديثة التي تمثل حصيلة عقود من التاريخ التشريعي.

ومن المعروف أن هناك قانوناً فيدرالياً مميزاً كان قد صدر عام 1975 يتعلق بتوفير فرص التعليم لكل الأطفال المعوقين وتقديم التعليم لهم Education for All Handicapped Children Act وهو ما يعرف أيضاً بالقانون العام رقم 94- 142وهو القانون الذي تم تعديله عام1990 ليصبح قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات-Individuals with Disabilities Education Act IDEA وقد تم تعديل هذا القانون مرة أخرى عام 1997 ولكن لم يتم إجراء أي تعديل أو تغيير في اسمه كما يرى باتمان وليندن (1998) Bateman & Linden وييل (1998) Yell وهيوفنر (2000) Huefner . ويؤكد هذا القانون في الواقع على أن كل الأطفال والمراهقين لهم الحق في تلقي تعليماًعاماً مناسباً ومجانياً.

وفضلاً عن ذلك هناك قانون فيدرالي آخر غير معروف صدر عام 1990هو قانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات Americans with Disabilities Act ADA يؤكد على حق الأفراد المعوقين بالولايات المتحدة الأمريكية في تلقي نوع من المعاملة لا يختلف عن أقرانهم العاديين وذلك في الجوانب المختلفة من حياتهم. كما أنه يوفر الحماية لحقوقهم المدنية في مجالات معينة تتمثل في العمل أو التشغيل، واستخدام وسائل المواصلات، والإقامة، ومباشرة الحقوق السياسية المحلية وعلى مستوى الولاية، واستغلال المواصلات السلكية واللاسلكية.

هذا ويركز قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA إلى جانب قانون فيدرالي آخر يعرف بالقانون العام رقم 99-457 على التدخل في الطفولة المبكرة، ويفرض الآن توفير تعليم عام مناسب ومجاني لكل طفل أو مراهق يتراوح عمره الزمني بين ثلاث سنوات وإحدى وعشرين سنة بغض النظر عن طبيعة إعاقته ومدى حدتها. ويوفر هذا القانون أيضاً حوافز معينة للولاية كي تقوم بتطوير برامج معينة للتدخل المبكر يتم استخدامها مع الأطفال الذين يعانون من إعاقات واضحة ومعروفة وهم لا يزالون في مرحلة المهد إلى جانب أقرانهم الذين يعدون في خطر ويخشى عليهم من الإعاقة. هذا وتتضمن تلك القوانين أنساقاً مدرسية عامة في سبيل التعرف على كل الأطفال والمراهقين المعوقين، وتحديدهم، وتوفير نمط التربية الخاصة الذي يحتاجونه، وما قد يرتبط به من خدمات. ويعتبر القانون الذي نعرفه الآن بقانون تعليم الأفراد ذوي المعاقين Individuals with Disabilities Education Act IDEA قانوناً ثورياً حيث يعد بمثابة أول قانون فيدرالي يفرض تعليماً عاماً مناسباً ومجانياً لكل الأطفال المعوقين، وسوف نعرض لذلك بالتفصيل في موضع لاحق خلال هذا الفصل.

اتجاهات مختلفة في التشريع والتقاضي

سوف نعرض في النقاط التالية لتلك الاتجاهات المختلفة التي شهدتها الولايات المتحدة

الأمريكية في التشريع والتقاضي والتي كان لها بلا شك دور بارز في تطور التربية الخاصة. ومن هذا المنطلق فسوف نعرض لكل من التشريع والتقاضي في نقطة مستقلة وذلك على النحو التالي:

أولاً: الاتجاهات المختلفة في التشريع:

من الجدير بالذكر أن التشريعات المختلفة قد ازدادت خصوصية من الناحية التاريخية، كما تعرضت للكثير من التعديلات. ومع ذلك ففي العقد التاسع من القرن الماضي كان هناك تأكيد متجدد على حق الولاية والسلطة الذاتية المحلية إلى جانب الاستراتيجية السياسية الفيدرالية في إدخال بعض التعديلات على بعض بنود قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA والذي لا يزال معروفاً بالقانون العام رقم 94-142 إلى جانب توسيع نطاق القواعد والتنظيمات الفيدرالية المختلفة. ونظراً لأن الفترة السابقة التي شهدت إدارة ريجانReagan كانت تتسم كما يرى كلارك وأستوتو Clark & Astuto (1988) وفيرستيجن وكلارك Verstegen & Clark (1988) بعدم الاستثمار الفيدرالي في التعليم فإنه لم يكن غريباً أو مدهشاً أن تحدث تعديلات فيدرالية في التربية الخاصة عنوة. ويرجع عدم الرضا عن تلك التعديلات الفيدرالية التي كانت تحدث آنذاك في جانب منه إلى حقيقة أن الحكومة الفيدرالية قد أسهمت بقدر ضئيل نسبياً في تمويل التربية الخاصة. وعلى الرغم من أن متطلبات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات محددة تفصيلاً فإن الحكومة المحلية أو على مستوى الولاية كان يجب أن تتحمل غالبية تكاليف برامج التربية الخاصة. ومن هذا المنطلق فإن البعض يصور التاريخ التشريعي للتربية الخاصة كما يرى ييل وآخرون Yell et.al. (1998) على أنه عبارة عن رحلة غريبة وطويلة حيث تعرض قانون التربية الخاصة للعديد من الجدل، ولم يكن مستغرباً على أثر ذلك أن تظل هناك معارك ضارية داخل الكونجرس حول قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات.

ومما لا شك فيه أن التعديل الذي طرأ على قانون تعليم الأفراد المعاقين في عام 1977 واستمرار ذلك التعديل يمثل في الواقع التزاماً من جانب الدولة بإلزام المدارس وأصحاب الأعمال والهيئات الحكومية بالتعرف على قدرات أولئك الأفراد المعوقين وتحديدها. كذلك فإن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA وقانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات ADA يتطلب توفير إقامة ملائمة تسمح لأولئك الأفراد المعوقين بالمشاركة إلى أقصى حد ممكن في كافة أنشطة الحياة اليومية التي يأخذها الأفراد العاديون كأمر مسلم به. هذا وتتمثل المتطلبات الأساسية لقانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات في توفير فرص متكافئة للمعوقين في التشغيل، والمواصلات، والإقامة العامة، والحقوق السياسية، والاتصالات السلكية

واللاسلكية.

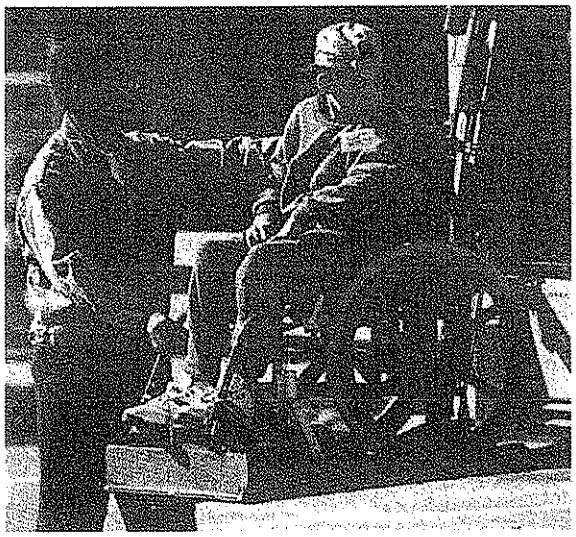
وعلى هذا الأساس يعد قانون الأفراد الأمريكيين ذوي المعاقين بمثابة قانون ثوري في المجال التجاري في العقد الأخير من القرن الماضي مثلما كان القانون العام رقم 94-142 (والذي يعرف حالياً بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات) في مجال التربية الخاصة عندما صدر في سبعينيات القرن الماضي. وعلى الرغم من أن قانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات له العديد من التطبيقات والفوائد بالنسبة للعديد من المراهقين المعوقين الذين أنهوا المدرسة العليا أو الثانوية والتحقوا بمجال العمل أو بالدراسة الجامعية، كما أنه له العديد من المزايا التي تتعلق بالحياة اليومية لهؤلاء الأفراد فإن له مع ذلك بعض الجوانب السلبية التي عرضت مجلة واشنطن بوست Washington Post في 18 يوليو 1995 تقريراً حولها بعنوان العام الخامس لقانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات. ويشير تيلور (1995) Taylor إلى أن بعض النقاد يرون أن هذا القانون لم يحقق ما وعد به المعوقين من توفير فرص أكثر للعمل لهم، في حين يرى آخرون أنه باهظ التكاليف، ويضيف الكثير من التنظيمات المختلفة الظالمة والجائرة على أصحاب العمل. ويبدو إلى حد ما أن كثيراً من التأييد الذي يلقاه قانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات تنبع في الأساس من المشرعين وذوي الإعاقات. ومع ذلك فإن المسح الذي تم إجراؤه عام 1995 من جانب لويس هاريس Louis Harris والجمعية القومية للإعاقات National Organization on Disability NOD قد كشف عن وجود تأييد كبير لذلك الانون بين أصحاب الأعمال المختلفة .

وفي الواقع فإن قانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات يهدف إلى تمهيد الطريق أمام أولئك الأفراد المعوقين لكسب العيش، والمشاركة في الحياة المجتمعية، إلا أن المشكلات أو العقبات العديدة التي تتطلبها تلك التواؤمات اللازمة للإعاقات المختلفة سوف تظل موضوعاً للمزيد من الجدل المتواصل في هذا الإطار. وربما يكون أكثر الأمور أو الموضوعات التي تقتضي المزيد من المناقشات اليوم هو ما يرتبط بذلك القرار الذي اتخذه المجلس الأعلى للقضاء في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2001 الذي يسمح للاعب الجولف المحترف كاسي مارتن Casey Martin في إطار هذا القانون باستخدام عربة صغيرة cartفي مسابقة رابطة لاعبي الجولف المحترفين حيث يعاني مارتن Martin من متلازمة أعراض كليبل- ترناوني- ويبرKlippel-Trenaunay-Weber syndrome التي تعد بمثابة حالة شذوذ وراثي نادرة في الجهاز الحركي تجعل من الصعب للغاية عليه أن يسير على الأرض. وبعد سنوات من النزاع بينه وبين رابطة لاعبي الجولف المحترفين حسم المجلس الأعلى للقضاء المسألة في النهاية لصالحه وهو الأمر الذي تبعه سيل من المقالات يرى بعضها أنه من الذوق واللياقة أن نسمح

لمارتن Martin باستخدام مثل هذه العربة الصغيرة نظراً لظروفه الصحية الصعبة التي قد تقف حائلاً أمام قيامه بممارسة هذه الرياضة وهو ما يعد بمثابة مواءمة معقولة لإعاقة واضحة للجميع وظاهرة للعيان، بينما يرى آخرون أن مثل هذا الحكم سوف يغير للأبد طبيعة لعبة الجولف، وأنه سوف يفتح الباب على مصراعيه أمام كافة الادعاءات العابثة أو غير المسئولة التي تتعلق بالإعاقات وذلك في مجال الرياضة.

التقاضي والتشريع

يعمل التشريع على إعطاء الإذن أو السماح لجميع الجهات المسئولة بتوفير التربية الخاصة لأولئك الأفراد الذين يعدون في حاجة إليها، إلا أن ذلك لا يؤدي بالضرورة إلى ما يقصده المشرعون. ومع ذلك تظل هناك مسألة ذات أهمية بالغة في هذا الصدد أمام المحاكم المختلفة تتمثل في ما إذا كانت تتم عملية إصدار قانون معين في هذا المضمار على وجه التحديد بشكل ملائم أم لا، بمعنى أن مثل هذه القوانين التي يتم إصدارها في إطار ما يتعلق بالتربية الخاصة أو الأفراد ذوي الإعاقات قد يكون لها أثر ضئيل على حياة أولئك الأفراد المعوقين، وقد لا يكون لها أي أثر مطلقاً عليهم حتى تصل المحكمة إلى التفسير الدقيق لما تتطلبه مثل هذه القوانين في الواقع العملي، أي أن تلك التسهيلات التي يمكن أن يحصلوا عليها في ضوء ذلك يجب أن تتم وفقاً لتفسير المحكمة حول متطلبات الواقع العملي للقوانين التي يتم إصدارها في هذا الخصوص. ونظراً لما تقوم به جمعيات الآباء والجمعيات المهنية من جهود متميزة في هذا الإطار فإن الأطفال غير العاديين قد وجدوا اهتماماً مستمراً من جانب الهيئات القضائية منذ صدور قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات Individuals with Disabilities Education Act IDEA وما يرتبط به من قوانين وتعديلات مختلفة. وعلى هذا الأساس ينبغي علينا أن نتفحص الاتجاهات المختلفة في



لاعب الجولف كاسي مارتن Casey Martin في عربته الصغيرة

التقاضي، وأن نتعرف عليها حتى تكتمل الصورة التي تتعلق بتلك الكيفية التي يعمل النسق القضائي الأمريكي بموجبها على توفير التعليم المناسب للأطفال غير العاديين، وضمان ذلك والعمل على حمايته.

ثانياً: الاتجاهات المختلفة في التقاضي

لاحظ زيلدر Zelder (1953) أن الحضور للمدرسة في الأيام الأولى من التعليم العام يعد بمثابة ميزة معينة يمكن منحها للطفل أو حجبها عنه بناء على ما يتراءى لإدارة المدرسة. وقد وجدت المحاكم في نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين أن الأطفال مثيري الفوضى أي المضطربين سلوكياً، أو أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً يمكن أن يتم استبعادهم من المدارس حتى نتمكن من حفظ النظام في المدرسة، ومن الحفاظ على وقت المعلم من جراء تلك المطالب المفرطة التي سيجد نفسه مضطراً إليها آنذاك، وحتى نتمكن أيضاً من تخليص الأطفال الآخرين من الألم الذي يمكن أن يتعرضوا له على أثر رؤيتهم لأولئك الأطفال المعوقين. هذا وقد اتجهت المحاكم في النصف الأول من القرن العشرين أو مالت إلى الدفاع عن غالبية أطفال المدارس العاديين وذلك من الأقلية المعوقين، أي يدافعون عن العاديين ضد المعوقين. إلا أن الأعذار القديمة التي كان يتم تقديمها آنذاك في سبيل استبعاد الأطفال المعوقين من المدرسة لم تعد تصلح كي تستمر ونعمل بها في وقتنا الراهن حيث عادة ما ترى هيئات المحاكم في مثل هذه القوانين أن الحضور إلى المدرسة يعتبر حقاً لكل طفل بغض النظر عن تلك الإعاقة التي يمكن أن يتعرض لها أو يعاني منها. وبالتالي فإن إجراءات التقاضي كما يرى دوبر(1997) Dupre تركز الآن على ضمان أن يتلقى كل طفل تعليماً مناسباً لحاجاته الفردية. وكما يشير بعض المهتمين بمثل هذه الأمور القانونية فإن هذا لا يعني أن القوانين المختلفة أو إجراءات التقاضي لا تؤيد الدمج الشامل أو لكل الأطفال المعوقين إلى التعليم العام.

وجدير بالذكر أن إجراءات التقاضي قد تتضمن تلك الدعاوى القانونية التي يتم إعدادها لأي من السببين التاليين :

1- لأن خدمات التربية الخاصة لا يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يرى آباؤهم أنهم يعدون في حاجة إليها.

2- لأنه يكون قد تم اختيار الأطفال لتلقي برامج في التربية الخاصة في الوقت الذي يعتقد آباؤهم أنهم ليسوا في حاجة إلى ذلك.

وغني عن البيان أن تلك الدعاوى التي ترفع في مجال التربية الخاصة يتم رفعها في الأساس من جانب الآباء الذين يعتبر أطفالهم معوقين بصورة واضحة لا لبس فيها، ولكنهم مع ذلك لم يتلقوا تعليمهم المناسب، أو أنهم لا يتلقوا سوى قدر ضئيل من خدمات التربية الخاصة في الوقت الذي يرى أولئك الآباء فيه أن المزايا التي سوف يحصل أطفالهم عليها عند تلقيهم خدمات التربية الخاصة سوف تزيد، ومن ثم ستتفوق على مساوئها أو ما قد يترتب على ذلك من مساوئ أو عيوب. كذلك فإن الدعاوى التي يتم رفعها في المحاكم ضد التربية الخاصة يتم رفعها في الأساس من جانب أولئك الآباء الذن يعاني أطفالهم من إعاقات بسيطة أو معقولة ويحضرون بانتظام إلى المدرسة، ولكن هؤلاء الآباء يعتقدون أن أطفالهم قد تم وصمهم بهذه الوصمة، وأنه يتم كذلك التفرقة بينهم وبين غيرهم من الأطفال بدلاً من مساعدتهم عن طريق التربية الخاصة. ومن ثم فقد أصبحت المحاكم المختلفة مطالبة اليوم بإصدار أحكام تراعي وزن خصائص الطفل في مقابل برامج تربوية معينة أي مدى ملاءمة البرنامج المقدم لخصائص الطفل وطبيعته.

ومن المعروف أن الآباء يريدون في واقع الأمر أن يتلقى أطفالهم المعوقين تعليماً عاماً مجانياً يعمل على إشباع حاجاتهم، ولا يعمل في ذات الوقت على وصمهم بوصمة معينة، وبالتالي يسمح لهم بتلقي تعليمهم في مدرسة عادية، وفي صف عادي بقدر الإمكان. وعلى ذلك فإن تلك القوانين التي تحكم التعليم يجب أن تحدد حقوق كل من الآباء والأطفال التي تتعلق بذلك التعليم. ويتوقف عبء الإثبات في المحكمة اليوم على المتخصصين في هذا النوع من التعليم سواء على المستوى المحلي أو حتى على مستوى الولاية حيث ينبغي أن يوضحوا من خلال تلك الأمثلة التي يسوقونها في هذا الإطار أنه قد تم قياس نواحي القوة وجوانب الضعف لدى الطفل بشكل كامل ودقيق، وتم التعرف عليها بذلك، وأنه قد اتخاذ الإجراءات التربوية المناسبة في هذا الخصوص. كذلك فإن الكثير من عمليات التقاضي التي تتعلق بالتربية الخاصة تتضمن جدلاً كبيراً حول استخدام معامل الذكاء وغيره من المقاييس المقننة الأخرى في سبيل تحديد مدى صلاحية الطفل للالتحاق بالتربية الخاصة. وعلى الرغم من وجود قدر كبير من الحدة في ذلك النقاش الذي يدور حول تلك الاختبارات التي يمكن من خلالها تحديد نسبة ذكاء معينة للطفل فإن بعض الباحثين قد وجد كما يشير ماكميلان وفورنيس (1998) Mac Millan &Forness أن نسبة الذكاء ليست هي الوسيلة الأساسية لتصنيف الأطفال على أنهم يصلحون للالتحاق بالتربية الخاصة أم لا.

وهناك قضية تاريخية تم تداولها في الثمانينيات من القرن الماضي قام خلالها المجلس الأعلى للقضاء بالولايات المتحدة الأمريكية بتقديم أول تفسير من جانبه للقانون العام رقم

241-94 والذي يعرف حالياً بقانون تعليم الأفراد المعاقين وذلك في تلك القضية التي تتعلق بفرد يدعى هودسون راولي Hudson Rowley كان لديه طفلة صماء تدعى أمي Amy وكان قرار المحكمة بخصوص تعليم الأطفال الصم عامة يتمثل في أن التعليم المناسب للطفل الأصم لا يعني بالضرورة تقديم ذلك القدر من التعليم الذي سوف يؤدي به إلى تحقيق أقصى قدر ممكن من الإنجاز أو التحصيل. إلا أن والداها قد وجدا أنها يمكن أن تتعلم بشكل أفضل من ذلك في المدرسة وذلك إذا ما تم توفير مترجم إشاري لها يقوم بنقل ما يحدث إليها عن طريق لغة الإشارة. ولكن المحكمة قررت أنه نظراً لأن المدرسة قد حددت برنامجاً فردياً يتم من خلاله تقديم تلك الخدمات الخاصة لهذه الطفلة، وأنها تتمكن على أثر ذلك من التحصيل في نفس مستوى أقرانها العاديين في الفصل وربما أعلى من مستواهم فإن النسق المدرسي يكون بذلك قد أوفى بالتزاماته وفقاً للقانون وقام بتوفير التعليم المناسب لهذه الطفلة. إلا أن هناك حالات تالية قد ساعدت بما لا يدع مجالاً للشك على توضيح المقصود من عبارة " التعليم المناسب "و" البيئة الأقل تقييداً للطفل " كما حددها القانون .

الهدف من التشريع: البرنامج التربوي الفردي

هدفت تلك القوانين التي تتعلق بالتربية الخاصة والتي تم إصدارها خلال العقدين الماضيين في الأساس إلى ضرورة أن يقوم المعلمون بالتركيز على الحاجات الفردية للأطفال المعوقين. ويعتبر البرنامج التربوي الفردي individualized education program IEP هو أكثر جوانب هذا التركيز أهمية حيث يعرض لما يخطط المعلمون للقيام به حتى يقوموا بإشباع حاجات الطفل غير العادي، وهي الخطة التي يجب أن يوافق عليها والدا الطفل أو ولي أمره. وجدير بالذكر أن البرامج التربوية الفردية تختلف بدرجة كبيرة في شكلها وفي مضمونها وتفاصيلها، كما تختلف من مدرسة على أخرى حيث تستخدم بعض المدارس أنواعاً من تلك البرامج يتم إعدادها عن طريق الكمبيوتر لمساعدة المعلمين على تحديد الأهداف التي يودون تحقيقها، والأغراض التعليمية التي يسعون خلفها، وحتى يتمكنوا أيضاً من توفير الوقت والجهد المبذول في كتابة مثل هذه المستندات. ومن الناحية القانونية فإن مثل هذه البرامج الفردية التي تقوم في الأساس على القص واللصق cut-and -paste IEPs تعد كما يرى باتمان ولينذن Bateman & Linden (1998) موضع شك وتساؤل لأنها تفتقر في واقع الأمر إلى الانتباه أو الاهتمام الكافي بالحاجات الخاصة بكل طفل. ومع ذلك فإن العديد من الأنساق المدرسية لا يزال يعتمد في الأساس على معرفة المعلمين بالتلاميذ والمنهج المتبع في كتابة البرنامج التربوي الفردي. ومع ذلك فإن التنظيمات الفيدرالية أو التنظيمات المتبعة على مستوى كل ولاية لم تحدد بشكل دقيق ما يجب أن يتضمنه البرنامج من تفاصيل، ولكنها تحدد فقط أنه يجب أن يكون مكتوباً، وأن يتم تصميمه في اجتماع ممثل المدرسة، والمعلم،

والوالدين أو ولي الأمر، والطفل (كلما كان ذلك ممكناً). كما أنه يجب أن يتضمن عناصر معينة يخص بعضها كل الأطفال كالعناصر التالية:

1- مستوى الأداء الحالي.

2- الأهداف والأغراض التعليمية التي يمكن قياسها.

3- تقييم الطفل.

4- عدم مشاركة الأطفال العاديين.

5- كل ما يحتاجه الطفل من خدمات بشكل مفصل مثل الكم، والتكرار، وغيرها.

6- تقرير عن مدى تطور الطفل.

وفضلاً عن ذلك هناك عناصر أخرى من هذه العناصر المتضمنة تخص أطفالاً معينين دون غيرهم كالعناصر التالية:

1- الانتقال أو التنقل.

2- الخطة السلوكية.

3- الحاجات الخاصة.

4- طريقة برايلBraille .

5- حاجات التواصل.

6- التكنولوجيا المساعدة.

هذا وتتضمن برامج تربوية فردية عديدة تتم كتابتها في العديد من المدارس معلومات كثيرة تتعلق بالمتطلبات الفنية كقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات إضافة إلى صلب الخطط المستخدمة وعناصرها. وسوف نعرض مثالاً لذلك يتمثل في برنامج تربوي فردي أعده باتمان ولينن (1998) Bateman & Linden لطفل يدعى كورت Kurt في الصف التاسع، كان منخفض التحصيل، وتنقصهالدافعية، كما كان يثير المشاكل، وكان والداه ينظران إليه على أنه مثبط ومحبط بدرجة كبيرة، وإلى جانب ذلك فقد كان يعاني من صعوبات التعلم وخاصة في فنون اللغة.

وفيما يلي توضيح هذا البرنامج التربوي الفردي .

اسم الطفل: كورت Kurt

السن : 15 سنة

الصف : التاسع

التاريخ : 1998

أولاً: الحاجات التربوية الفريدة، والخصائص الشخصية، ومستوى الأداء الحالي:

ويتضمن ذلك كيف يمكن أن تؤثر الإعاقة في قدرة الطفل على التقدم في المنهج العام، ويمكن توضيح ذلك كما يلي:

1- **المستوى الحالي للمهارات الاجتماعية:**

- يميل الطفل إلى أن يهجو الآخرين بعنف وقسوة عندما لا يكون قادراً على إكمال العمل المناط به.
- يستخدم لغة تفتقر إلى التوقير والاحترام.
- يرفض اتباع أي تعليمات من الراشدين.

2- **الحاجات الاجتماعية :**

- أن يتعلم مهارات إدارة الغضب والتحكم فيه وخاصة فيما يتعلق بالسب والشتم.
- أن يتعلم الإذعان للمطالب أو الاستجابة لها.

3- **مهارات الدراسة:**

أ- الحاجات التنظيمية:

- كيف يقرأ نصاً.
- كيف يقوم بتدوين الملاحظات.
- كيف يقوم بدراسة تلك الملاحظات.
- التذكر.
- أن يكون مستعداً للمشاركة في الدرس أثناء الحصة.
- إطالة وتحسين مدى الانتباه والسلوك المتعلق بأداء المهام.

ب- المستوى الحالي:

- يفتقر الطفل إلى المهارة في كل هذه المجالات.

4- **الحاجات الأكاديمية :**

أ- اللغة المكتوبة:

- يحتاج الطفل إلى مساعدة كبيرة في التهجي، وعلامات الترقيم، والأحرف الكبيرة، والاستخدام اللغوي.

ب- المستوى الحالي:

- يقل مستواه الحالي عن مستوى أقرانه في هذه المهارات بمعدل صفين دراسيين تقريباً .

ثانياً: التربية الخاصة والخدمات المرتبطة بها :

ويتضمن ذلك برامج التربية الخاصة، وما يرتبط بها من خدمات، والوسائل المساعدة، والتكنولوجيا المساعدة أو التي تستخدم في هذا الصدد، والتعديلات التي تطرأ على ذلك البرنامج، وتأييد الهيئة التدريسية. كما يتضمن ذلك أيضاً التكرار، والمدة، والمكان. ومن الأمور الأساسية التي يضمها ما يلي:

- **بالنسبة لمهارات الطفل وحاجاته الاجتماعية:**

1- التشاور بين المعلم والمرشد وأخصائي السلوك فيما يتعلق بالأساليب والبرامج اللازمة لتعليمه المهارات الضرورية وخاصة إدارة الغضب.

2- تدريبه على إدارة الغضب.

الخدمات: ثلاث مرات أسبوعياً لمدة ثلاثين دقيقة للمرة الواحدة.

3- تأسيس جماعة أقران تتضمن لعب الدور وغيره. ومن ثم يمكنه أن يرى نماذج إيجابية للدور، وأن يمارس مهارات متعلمة حديثاً تتعلق بإدارة الغضب.

الخدمات: مرتان أسبوعياً لمدة ثلاثين دقيقة للمرة الواحدة .

4- تطوير خطة سلوكية للطفل تعطيه المسئولية عن تشكيل سلوكه.

5- أن يقوم المعلم أو أحد الراشدين بقضاء بعض الوقت معه في التحدث، واللعب، والأنشطة الجسمية المختلفة، وغيرها.

الخدمات: مرتان أسبوعياً لمدة ثلاثين دقيقة للمرة الواحدة .

6- أن يتدرب الشخص الراشد على إشباع حاجات الطفل وتحقيق الأهداف المرجوة.

- **بالنسبة لمهارات الطفل الدراسية أو مهارات الدراسة التي يتسم بها :**

1- أن يتولى أخصائي اللغة والتخاطب، ومعلم غرفة المصادر، ومعلم المجال الدراسي المحدد تدريبه على مهارات الدراسة المطلوبة والتي قد تتضمن ما يلي:

أ - تدوين الملاحظات أثناء الدروس.

ب- تدوين الملاحظات أثناء قراءة النص.

جـ- كيفية قراءة الملاحظات لدخول الامتحان.

د - كتابة تلميحات أو ملحوظات للمساعدة على التذكر.

هـ- استخدام استراتيجيات معينة لقراءة النص من أجل استعادة المعلومات.

2- القيام بدراسة متعمقة عن حاجاته المختلفة ومجالاتها.

3- إعداد نسق دافعي له يعده للاشتراك في المناقشات داخل الفصل.

4- إعداد خطة تتعلق بالدافعية لمساعدته على إطالة مدى الانتباه والزمن الذي يستغرقه في القيام بمهمة معينة.

5- إعداد مدرب للتعرف على تلك السلوكيات التي يأتي بها الطفل أثناء قيامه بالمهمة في الشهر الأول، أو ما إلى ذلك، ثم تدريب الطفل على القيام بهذا الدور.

6- توفير نسق دافعي واستمارة تسجيل ذاتية لإنهاء المهام الأكاديمية في كل حصة.

■ **بالنسبة للحاجات الأكاديمية للطفل :**

1- توفير تدريب مباشر على مهارات اللغة المكتوبة كاستخدام علامات الترقيم، والأحرف الكبيرة، والاستخدام اللغوي، والتهجي وذلك باستخدام برنامج معد بشكل جيد، ويسير في تتابع جيد.

أما عن الخدمات المقدمة فسوف تتم في مجموعة صغيرة لا يتجاوز عدد الأطفال فيها أربعة أطفال وذلك في غرفة المصادر لمدة خمسين دقيقة يومياً.

2- الاهتمام بالمراجعات المكثفة والمستمرة لتحسين ذاكرته قصيرة المدى، والتغلب على تلك المشكلات التي يمكن أن تحدث في هذا الإطار.

3- عمل قائمة من الكلمات شائعة الاستخدام في كتابة الطفل (أو استخدام إحدى القوائم العديدة المنشورة) وذلك لتنفيذ برنامج التهجي الخاص به.

ثالثاً: الأهداف السنوية الأهداف قصيرة المدى :

وترتبط جميعها بحاجات الطفل، ويتضمن ذلك ما يلي:

1- مساعدة الطفل على الاشتراك في المنهج العام.

2- إشباع حاجات أخرى تنتج عن الإعاقة تتضمن كيفية قياس مدى التقدم في تحقيق الأهداف المختلفة.

■ **بالنسبة لمهارات الطفل وحاجاته الاجتماعية :**

الهدف العام:

- أن يظل لديه خلال الربع الأخير من العام الدراسي سببان فقط أو أقلّ يمنعانه من المشاركة في المنهج العام.

الاهداف objectives التعليمية :

1- في نهاية الربع الأول من العام الدراسي سوف يكون لديه عشرة أسباب أو أقل تمنعه من المشاركة في المنهج العام.

2- أن تكون لديه سبعة أسباب أو أقل في نهاية الربع الثاني من العام الدراسي.

3- أن تكون لديه في نهاية الربع الثالث من العام الدراسي أربعة أسباب فقط أو أقل.

الهدف العام :

- أن يقوم الطفل بإدارة سلوكه ولغته بشكل مقبول إلى حد كبير وبدرجة معقولة وذلك وفق ما يقرره أقرانه أو المراهقون.

الاهداف التعليمية :

1- عندم نسأل في نهاية الحصة بعد أسبوعين إذا ما كان سلوكه ولغته قد أصبحا مقبولين أم لا فإنه ينبغي أن يقرر ثلاثة معلمين من ستة أنهما قد أصبحا مقبولين فعلاً.

2- يجب أن يقرر أربعة معلمين من ستة أن سلوكه ولغته بعد ستة أسابيع قد أصبحا كذلك.

3- أن يقرر جميع المعلمين الستة بعد سنة كاملة أنهما قد أصبحا كذلك.

- بالنسبة لمهارات الدراسة :

الهدف العام :

- أن يحصل الطفل في نهاية العام الدراسي على درجات جيدة، وأن يتضمن التقرير الخاص به أنه قد تعلم مهارات جديدة للدراسة.

الاهداف التعليمية :

1- إذا ما قام المعلم بالشرح لمدة تتراوح بين 20-30 دقيقة يكون بإمكان الطفل أن يدوّن ملاحظات مناسبة، وأن يقرر المعلم ذلك.

2- إذا ما أعطيناه ما بين 10-15 صفحة من نص معين كي يقرأها فإنه سوف يستخدم استراتيجية مناسبة لاسترجاع المعلومات مثل الخريطة، أو الشبكة، أو التلخيص، أو تدوين الملاحظات، وغيرها، وأن يقر المعلم ذلك.

3- إذا ما أعطيناه ملاحظات معينة كي يقرأها حتى يتم اختباره فيها فإنه سوف يؤدي ذلك بنجاح، وسوف يحصل على درجات مرتفعة في الاختبار.

الهدف العام :

- أن يعمل الطفل على تحسين سلوكه أثناء أداء المهمة ليزداد من 73% إلى80% كما يقيسه ملاحظ مؤهل وذلك في نهاية العام.

الاهداف التعليمية :

1- أن يزيد سلوك الطفل المبذول أثناء المهمة في غضون شهر واحد ليصل إلى54%.

2- أن يصل إلى 60% في غضون ثلاثة شهور.

3- أن يزيد عن 60% خلال ستة شهور، وأن يستمر في الزيادة حتى نهاية العام الدراسي.

- **بالنسبة للحاجات الأكاديمية :**

الهدف العام :

- أن يعمل الطفل على تحسين تلك المهارات التي ترتبط بلغته المكتوبة خلال عام دراسي واحد وذلك بمعدل يتراوح بين صف دراسي ونصف إلى صفين دراسيين.

الاهداف التعليمية :

1- أن يكون الطفل قادراً إذا ما أعطيناه عشر جمل من الإملاء وذلك في المستوى الحالي من التعلم على استخدام علامات الترقيم، واستخدام الحروف الكبيرة بنسبة دقة أو صواب تصل إلى 90% وذلك عند مراجعتها في نهاية الوحدة unit التي يتم تقديمها له.

2- أن يكون الطفل قادراً إذا ما أعطيناه ثلاثين جملة تتضمن اختيارات وذلك في المستوى الحالي من التعلم على أن يؤدي ذلك بشكل صحيح تصل نسبة دقته إلى90% .

3- أن يكون الطفل قادراً عندما نعطيه قائمة تضم مائة وخمسين كلمة من تلك الكلمات شائعة الاستخدام في الكتابة على أن يتهجاها بشكل صحيح تصل نسبته إلى 90%.

رابعاً : المواءمات التي يجب إدخالها على البرنامج العادي :

1- أن يجلس الطفل في الصفوف الأمامية من الفصل.

2- أن يظل منغمساً في الأنشطة المختلفة، وأن يؤدي المهام المطلوبة.
3- أن يقوم كل المعلمين بمساعدته على تحسين مهاراته في الدراسة في الوقت الذي يقوم أخصائي اللغة والتخاطب ومعلم غرفة المصادر بتدريبه على ذلك.
4- أن يقوم المعلمون بتحديد أعماله بدقة وذلك خلال الأسابيع والشهور الأولى من البرنامج.

شكل (3-1) خطة تعليم فردية للطفل كورت Kurt

وكما ذكرنا سابقاً لا يوجد هناك برنامج تربوي فردي مقنن يمكن أن تستخدمه كل المدارس. كذلك فمن الممكن أن يصل حجم البرنامج التربوي الفردي إلى عشر صفحات أو أكثر اعتماداً على طبيعة إعاقة الطفل، ومدى تعقدها. وينبغي أن يكون البرنامج التربوي الفردي مكتوباً، وأن يتسم بالوضوح والفائدة، وأن تكون عناصره محددة ومرتبطة ببعضها البعض، وألا نقوم بالتركيز على مجرد الشكل فقط . ولا يخفى علينا أن العلاقات الواضحة والصريحة بين مكونات البرنامج التربوي الفردي تعد مطلباً ضرورياً، بل وغاية في الأهمية حتى نتأكد من أن منحى البرنامج الفردي ومحتواه قد تم تصميمه بحيث نتمكن بواسطته من إشباع تلك الحاجات الفردية الفريدة التي تميز الطفل عن غيره. وإذا ما عدنا إلى البرنامج التربوي الفردي السابق فإننا سوف نجد أن مثل هذه العلاقات تعد واضحة تماماً خلاله حيث يتضمن ثلاث نقاط أساسية غير المواءمات فخصائص الطفل وحاجاته تعتبر هي الأساس للتربية الخاصة المقدمة له وما يرتبط بها من خدمات، كما ترتبط الأهداف والأغراض التعليمية بتلك الحاجات أيضاً، وتقوم عليها، وتتحدد في ضوئها.

ووفقا لقانون تعليم الافراد الامريكيIDEA, 2004 فانه ليس كل برامج التربية الفردي يجب ان تستعمل على أهداف قصيرة المدى، وهذا يعني انه اذا كان الطالب مشاركة ما تقييم معياري لتحصيل الاكاديمي المطلوب من NCLB فانه هذا يعني ان البرامج التربوي الفردي لا يشتمل الاهداف قصيرة المدى.

وغني عن البيان أن عملية كتابة برنامج تربوي فردي، والمستند نفسه الخاص به ربما تعد هي أهم ملامح الإذعان لروح ونص قانون تعليم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. ويلخص باتمان وليندن (1998) Bateman & Linden أهم ملامح ذلك الإذعان لروح القانون ونصه في أنه عندما يتم إعداد برنامج تربوي فردي كما نص القانون فإن ذلك يعني ما يلي:

1- أن حاجات الطفل قد تم تقييمها بشكل دقيق.

2- أن فريقاً من المختصين إلى جانب الوالدين قد عملوا سوياً في سبيل تصميم برنامج تربوي يناسب حاجات الطفل بشكل جيد، ويعمل على إشباعها.

3- أنه قد تم تحديد الأهداف والأغراض المرحلية بدقة، ومن ثم فإن مدى التطور الذي يحدث في سبيل تحقيقها يمكن تقييمه بشكل مستمر.

وجدير بالذكر أن التنظيمات الحكومية المتبعة في عملية إعداد البرنامج التربوي الفردي كانت دائماً كما يرى جودمان وبوند (1993) Goodman & Bond موضع تساؤل حيث وجدنا أن بعض الأفراد ذوي التأثير في صياغة القانون الأساسي المتمثل في قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA يعبرون عن خيبة أملهم في تلك النتائج الخاصة بالبرامج التربوية الفردية في حين يتساءل آخرون عما إذا كان وجود الأغراض طويلة وقصيرة المدى يعد مناسباً وضرورياً أم لا إذ أن البرنامج التربوي الفردي يفترض أن المعلمين يعرفون مسبقاً ما يجب أن يتعلمه الطفل، وما يمكن له أن يتعلمه، والسرعة التي يمكنه أن يتعلم بها. وإذا كان ذلك أمراً يصعب تحقيقه مع الأطفال العاديين في سن المدرسة فإنه يصبح مستحيلاً بالنسبة لأولئك الأطفال ذوي الإعاقات المعرفية، أو الانفعالية، أو الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة .

وهناك مشكلة أساسية في هذا الإطار تتعلق بالبرنامج التربوي الفردي تتمثل في أنه غالباً ما تتم كتابته في الوقت الخاطئ، كما أنه إضافة إلى ذلك عادة ما يرجع إلى السبب الخاطئ فيما يتعلق بالطفل. كذلك فإن البرنامج التربوي الردي القانوني تتم كتابته بعد تقييم قدرات الطفل وتحديدها، وقبل أن يتم اتخاذ قرار بشأن تسكينه فيتم تحديد حاجات الطفل أولاً، ثم يتم بعد ذلك اتخاذ قرار بشأن التسكين في البيئة الأقل تعقيداً التي يمكن أن نقوم فيها بتوفير تلك الخدمات التي يحتاج الطفل إليها. وعلى ذلك فإننا كثيراً جداً ما نلاحظ وجود ممارسة خاطئة أو غير قانونية لبرنامج تربوي فردي يقوم على التسكين المتاح، أي أن ذلك البرنامج يكون قد تمت كتابته بعد تسكين الطفل وتحديد الخدمات المطلوبة له.

ومن المعروف أن كتابة برنامج تربوي فردي يفي بالمتطلبات القانونية، ويكون ذا فائدة ملموسة من الناحية التربوية لا يعد بمثابة مهمة سهلة مطلقاً، بل إن العكس هو الصحيح. وعلى هذا الأساس فإن البرنامج التربوي الفردي الذي نعتمد على الكمبيوتر في تصميمه، وتلك البرامج التي تقوم على القياس المقنن أو المقاييس النمائية يكون من المحتمل بالنسبة لها ألا تفي بالمتطلبات القانونية، أو تكون ذات قيمة تربوية ضئيلة أو مردود ضئيل من الناحية

التربوية، أو كليهما. ومع ذلك فإن معظم الجدل الدائر حول البرامج التربوية الفردية وما قد يرتبط بها من خيبة أمل يبدو أنه ينتج عن إساءة فهم للقانون، أو نقص في الخبرة التدريبية، أو كليهما معاً. هذا ويمكننا في إطار قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وغيره من التنظيمات أن نقوم بكتابة برامج تربوية فردية تتسم بصحتها القانونية وفائدتها التربوية. ويلخص باتمان وليندن Bateman & Linden (1998) ما يجب أن نفعله في هذا الإطار في مقابل ما لا يجب القيام به وذلك في صورة مزايا وعيوب البرنامج التربوي الفردي كما يلي :

1- المزايا:

من المعروف أن البرنامج التربوي الفردي يتميز بالعديد من النقاط التي تمثل مزايا له من أهمها ما يلي:

أ - المشاركة الوالدية الكاملة والمتكافئة.

ب- تفريد البرنامج ليناسب الطفل.

جـ- تحديد المستوى الحالي للأداء من جانب الطفل.

د- تحديد حاجات الطفل وخصائصه المميزة بشكل دقيق.

هـ- التفصيل الكامل والدقيق للخدمات والمواءمات والتعزيز لإشباع حاجات الطفل.

و- إمكانية قياس الأهداف والأغراض المرحلية التي تتسم بواقعيتها وجديتها.

2- العيوب :

وفي المقابل هناك العديد من العيوب التي تعتري مثل هذه البرامج والتي يجب أن نضعها في اعتبارنا حتى نقلل منها ومن آثارها قدر الإمكان، ومن أهمها ما يلي :

أ - عدم القدرة على تفريد البرنامج كي يناسب الطفل.

ب- عدم القدرة على التعامل مع كل حاجات الطفل وإشباعها.

جـ- عدم القدرة على وصف وتحديد وتخصيص جميع الخدمات الضرورية.

د - عدم القدرة على كتابة مستويات أداء حالية، وأهداف وأغراض مرحلية واضحة، وموضوعية، وذات معنى أو مغزى، ومعقولة.

وجدير بالذكر أنه قد تم خلال الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي استخدام التشريع والتقاضي في سبيل دمج وضم الأطفال غير العاديين في التعليم العام مع قدر ضئيل نسبياً من الاهتمام بالجودة. أما في الثمانينيات والتسعينيات من ذات القرن فقد تم اللجوء إلى القضايا والقوانين في سبيل التأكيد على تفريد التعليم، والتعاون والمشاركة بين

المختصين، والمشاركة الوالدية، ومسئولية المعلمين عن توفير برامج فعالة وذات جودة عالية.

ومن جانب آخر فإن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA يستحق الملاحظة وذلك بسبب توسيعه لفكرة التخطيط الفردي والتعاون بين المعلمين أو حتى النظم المختلفة. ويختص القانون العام رقم 99-457 بتعديل خطة الخدمة الأسرية الفردية individualized family service plan IFSP للأطفال المعوقين في مرحلة المهد. وتعد هذه الخطة شبيهة بالبرنامج التربوي الفردي للأطفال الأكبر سناً حيث تتطلب التقييم، وتحديد الأهداف، والخدمات المطلوبة، والخطط التي تستوجب التنفيذ. كما أن مثل هذه الخطة تتطلب أيضاً تدخلاً أكبر من جانب الأسرة، وقدراً أكبر من الخدمات والخطط في سبيل تحقيق انتقال الطفل إلى مرحلة ما قبل المدرسة بينما تعمل تلك الخطط التي يتضمنها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات على الانتقال بالفرد من المدرسة إلى العمل كجزء من البرامج التربوية الفردية الخاصة به ومن على شاكلته، كما يعمل هذا القانون أيضاً على تحسين جودة الخدمات المقدمة للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات.

وفي بداية القرن الحادي والعشرين أعرب البعض كما يشير فين وآخرون Finn (2001) et.al. عن عدم رضاهم أو عدم سعادتهم عن تلك النتائج التي أسفرت عنها التشريعات الفيدرالية المختلفة والتقاضي بإجراءاته المتباينة. وقد رأى بعض النقاد أن القوانين التي هدفت إلى التأكيد على توفير مثل هذه البرامج أو التعليم المناسب للطفل المعوق قد أخفقت، وبالتالي فقد أصبحت هناك حاجة ماسة إلى وجود تشريعات وقواعد فيدرالية جديدة يكون من شأنها أن تحقق ما أخفقت فيه تلك القوانين .

وجهة نظر في تطور التربية الخاصة Our perspective on the progress of Spical Education

قطعت التربية الخاصة شوطاً كبيراً منذ أن تم تقديمها في إطار التعليم الأمريكي العام منذ أكثر من قرن مضى. وقد أضحت التربية الخاصة جزءاً متوقعاً من النسق التعليمي العام بالولايات المتحدة الأمريكية ممثلاً بذلك جزءاً محدداً وليس استثناء أو مجرد خبرة. وقد مرت التربية الخاصة بقدر كبير من التطور منذ أن صدر القانون العام رقم 94-142 (والذي يعرف حالياً باسم قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات) وذلك منذ أكثر من ربع قرن مضى. أما الآن فقد أصبح لكل من الآباء وأطفالهم كما يرى ساراسون Sarason (1990) حقوق قانونية في الحصول على تعليم مناسب ومجاني، وبالتالي فإنهم لم يعودوا مكتوفي الأيدي في وجه إدارات المدارس التي لا تريد أن توفر للأطفال ذلك القدر المناسب من التعليم، وما يرتبط به من خدمات. ولذلك فقد كان إصدار هذا القانون العام الذي أشرنا إليه للتو واحداً من تلك

الأحداث القليلة في القرن العشرين التي أدت إلى تغيير مصدر القوة في العلاقة بين المدارس والآباء .

وبالرغم من حقيقة أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA وما يرتبط به من قوانين وقضايا لم يؤد إلى برامج بلا أخطاء للأطفال غير العاديين فإنها مع ذلك قد أدت إلى تحرك المارس العامة الأمريكية باتجاه توفير فرص تعليمية أفضل للأفراد ذوي الإعاقات. وقد ساعدت القوانين التي تم إصدارها في القرن العشرين في التأكيد على أن جميع الأطفال المعوقين في مرحلة المهد سوف يتلقون نوعاً ملائماً من التدخل المبكر. كما أن هناك قوانين أخرى مثل قانون الأفراد الأمريكيين المعوقينADA قد ساهم في التأكيد على أن الأطفال والمراهقين المعوقين سوف لا يتم تمييزهم بأي حال من الأحوال عن المجتمع الأمريكي، أو التفرقة بينهم وبين أقرانهم العاديين في المجتمع. ومع ذلك تبقى حقيقة هامة مؤداها أن القوانين لن تحل مشكلات المجتمع، ولن تقلل منها على الأقل، ولكنها يمكن أن تسهم إلى جانب جهودنا في توفير فرص متكافئة أمام الجميع، والحد من تلك الإعاقات أو العقبات التي يمكن أن تصادف أولئك الأفراد ذوي الإعاقات. إلا أن الواقع رغم كل ذلك يشهد بأننا قد استطعنا أن نحقق تقدماً كبيراً وملموساً في مجال التربية الخاصة، ولكننا لازلنا نأمل في أن يستمر مثل هذا التقدم وهو الأمر الذي سوف نعرض له في الفصل الثاني.

الطريقة الصحيحة التقييم / التعرف على ← IEP –2 الوضع في المكان المناسب

الطريقة الخاطئة التقييم / التعرف على ← IEP –2 الوضع في المكان المناسب

الطرق الصحيحة والخاطئة في الوضع في المكان المناسب

الخلاصة: Summary

تعد دراسة الأطفال غير العاديين بمثابة دراسة أوجه الشبه والاختلاف بين الأفراد حيث يختلف الأطفال غير العاديين عن معظم الأطفال الآخرين في أساليب محددة، ولكنهم مع ذلك يشبهون العديد منهم في الكثير من الجوانب. وعلى الرغم من ذلك فإن ما نطلق عليها غير العاديين exceptionalities أو الفروق لا يجب أن تعمل على تعتيم تلك الأساليب التي يتضح من خلالها أن الأطفال غير العاديين يشبهون غيرهم من الأطفال. ويمكننا أن نميز بين استثناء يتمثل في إعاقة معينة وغيره من تلك الاستثناءات الأخرى التي يمكن أن تمثل عقبة أمام الفرد في سبيل الوصول إلى مستوى معين. وإذا كانت العجز disability تعني عدم قدرة الفرد وعجزه عن القيام بشيء معين فإن الاعاقة handicap تمثل عيباً أو أوجه قصور قد تفرض على الطفل، ومع ذلك فإن الإعاقة قد تمثل عقبة أمام الطفل، وقد لا تمثل مثل هذه العقبة.

ولأغراض تربوية فإن الأطفال غير العاديين يعرفون بأنهم هم أولئك الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة، وما قد يرتبط بها من خدمات إذا كان عليهم أن يدركوا قدراتهم الإنسانية الكامنة ككل. وتعمل التربية الخاصة على تأكيد أن الإعاقات التي قد يتعرض الأطفال لها، وقد يعانون بالتالي منها تقتصر في الواقع على تلك الخصائص التي لا تتغير. وتشير الإحصاءات الحكومية الراهنة إلى أن طفلاً واحداً من بين كل عشرة أطفال تقريباً يعتبر غير عادي، ويتلقى بالتالي خدمات للتربية الخاصة، كما أن معظم أولئك الأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم غير عاديين يتراوحون في العمر الزمني بين ست سنوات وإحدى وعشرين سنة على الرغم من أن مثل هذا التحديد أو التشخيص يتزايد بشكل مستمر، وبالتالي فإن أعداد هؤلاء الأطفال غالباً ما تتزايد على أثر ذلك.

ومن جانب آخر تشير التربية الخاصة إلى ذلك النوع من التعليم الذي يعد بطريقة خاصة حتى يؤدي إلى إشباع تلك الحاجات غير العادية للطلبة غير العاديين. ويتمثل الهدف الوحيد والأكثر أهمية للتربية الخاصة في التعرف على قدرات هؤلاء الأطفال غير العاديين وتحديدها والاهتمام بها. كذلك فإن التربية الخاصة يمكن تقديمها في إطار مجموعة من الخطط الإدارية المتنوعة. ومن هذا المنطلق فإننا نجد أن معلم الصف العادي أحياناً ما يدخل في تشاور مع مختصين آخرين كالأخصائي النفسي، أو المعلمين الآخرين الأكثر خبرة أو تدريباً في سبيل تقديم الخدمات المختلفة للمتعلمين غير العاديين في فصله العادي. كما أن بعض الأطفال غير العاديين عادة ما يتلقون الخدمة من معلم متنقل ينتقل من مدرسة إلى أخرى لذلك الغرض، أو قد يتلقونها من معلم غرفة المصادر. وقد يقوم كل من المعلم المتنقل ومعلم غرفة المصادر بتعليم

الأطفال غير العاديين بطريقة فردية أو في مجموعات صغيرة وذلك لفترات معينة من اليوم المدرسي، كما يقومان أيضاً بتقديم المساعدة لمعلم الصف العادي.

وأحياناً يوضع الأطفال في مركز طبي حتى يتم تشخيصهم، وبالتالي يتم تحديد حاجاتهم الخاصة. وعادة ما يستخدم الفصل الخاص المستقل في ذاته أو المكتفي ذاتياً special self-contained class لتعليم مجموعة صغيرة من الأطفال وذلك في صف خاص طوال اليوم أو غالبيته. كما أن المدارس الخاصة النهارية special day schools تتيح الفرصة لأولئك الأطفال الذين تتطلب إعاقتهم تجهيزات معينة، أو أجهزة معينة، أو أساليب معينة لرعايتهم وتعليمهم. أما إذا كان الطفل غير قادر على الانتظام في فصول عادية أو الحضور إليها بعض الوقت فإن هناك ما يعرف بالتعليم المنزلي homebound أو التعليم في إطار المستشفى يمكن اللجوء إليه آنذاك. وأخيراً فإن المدارس الداخلية الخاصة تعمل على توفير خدمات تربوية، وإدارة للبيئة اليومية للأطفال ذوي الإعاقات الذين ينبغي أن يتلقوا رعاية معينة طوال الوقت.

هذا وتتطلب القوانين الحالية أن يتم وضع كل طفل أو مراهق غير عادي في بيئة أقل تعقيداً LRE حتى يمكن أن تتسق التدخلات التربوية مع الحاجات الفردية، ولا تتعارض مطلقاً مع حرية الفرد وتطور قدراته الكامنة. ومن ثم فإن معظم الأطفال غير العاديين يتلقون تعليمهم بشكل أساسي في وقتنا الراهن في صفوف عادية. وفي هذا الإطار يحتاج المعلمون إلى أن يتم إعدادهم جزئياً للتعامل مع أولئك الأطفال غير العاديين نظراً لأن بعض هؤلاء الأطفال يتم وضعهم في صفوف عادية لجزء من اليوم المدرسي. وعلاوة على ذلك فإن هناك بعض الأطفال لم يتم تحديدهم على أنهم غير عاديين، ومع ذلك فإنهم قد يشاركون أقرانهم غير العاديين بعض الخصائص التي قد تتعلق بإعاقتهم أو حتى بموهبتهم.

وعلى الرغم من أن العلاقة بين التربية العامة والتربية الخاصة يجب أن تقوم على قدر معقول من التعاون والمسئولية المشتركة عن الأطفال غير العاديين فإن الأدوار التي ينبغي أن يقوم بها معلم التعليم العام أو معلم التربية الخاصة في هذا الصدد لا تكون دائماً واضحة، ولكن ما يمكن أن نقره هنا أن كلاً منهما ينبغي أن يشارك في تعليم أولئك الأطفال غير العاديين من خلال بذل أقصى هد ممكن في سبيل عمل التواؤمات اللازمة والمناسبة كي يتمكن من إشباع حاجات هذا الطفل أو ذاك، وتقييم قدراته الأكاديمية وجوانب القصور التي يعاني منها، ويقوم بتحويلهم إلى المختصين لإجراء مزيد من التقييم لهم، كما يشارك في المؤتمرات الخاصة بهم والتي يتم خلالها إثبات صلاحيتهم لتلقي خدمات التربية الخاصة والوضع في برامج معينة، وكتابة البرامج التربوية الفردية، والاتصال بوالدي الطفل والتواصل معهما، والاشتراك في جلسات الاستماع التي تعقد بخصوصه إلى جانب مشاركة

غيره من المختصين في سبيل تعليم أولئك الأطفال. وإضافة إلى ذلك فإن معلم التربية الخاصة ينبغي أن تكون لديه خبرة خاصة في تعليم الأطفال الذين يعانون من مشكلات التعلم المختلفة، وأن يتمكن من إدارة العديد من المشكلات السلوكية العديدة، والسيطرة عليها، والتحكم فيها، وأن يستخدم الوسائل التكنولوجية المساعدة اللازمة للطفل ، وأن يكون قادراً على تفسير قانون التربية الخاصة بصورة صحيحة.

وهناك محاولات منظمة لتعليم الأطفال ذوي الإعاقات وخاصة الأطفال المتخلفين عقلياً، والأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو اضطرابات سلوكية بدأت منذ بدايات القرن التاسع عشر. وفي هذا الإطار يعتبر بعض الأطباء الأوربيين مثل إيتارد Itard وبينيلPinel وسيجوين Séguin قادة حقيقيين لمثل هذه الجهود التربوية حيث تضمنت أفكارهم الثورية التعليم المتفرد أو الفردي، individualized وسلسلة المهام التربوية ذات التتابع الدقيق، والتأكيد على إثارة وإيقاظ حواس الطفل، والترتيب الدقيق لبيئة الطفل، والتعزيز الفوري للأداء الصحيح، والتدريب على المهارات الوظيفية، والاعتقاد بأن كل طفل ينبغي أن يتعلم إلى أقصى حد ممكن. ويرجع الفضل إلى هاوHowe وجالوديت Gallaudet في إدخال أساليب التربية الخاصة وأفكارها إلى الولايات المتحدة الأمريكية.

وإلى جانب ذلك هناك علوم أخرى ساهمت في ظهور التربية الخاصة كمهنة من أهمها علم النفس وعلم الاجتماع والطب. كما أن معظم التطور الذي شهدته التربية الخاصة إنما نتج في الأساس عن جهود المنظمات المهنية والجمعيات الوالدية. وتعتبر مجلس الأطفال غير العاديين Council for Exceptional Children بمثابة جماعة مؤثرة ذات أقسام وفروع متعددة تختص أساساً بأمور معينة من قبيل دراسة اعاقات معينة، وتصميم برامج خاصة، وتنفيذها، والإشراف عليها، وإدارتها، وتدريب المعلمين، وضع الأطفال، وإجراء البحوث ذات الصلة في مثل هذه الأمور. كما أن هناك منظمات أو جمعيات أخرى مثل جمعية المواطنين المتخلفين عقلياً ARC تقوم بتزويد الآباء والمعلمين والجمهور بمعلومات تتعلق بالاستثناءات والبنية التي يمكن من خلالها حصول الأطفال غير العاديين على مثل هذه الخدمات التي يحتاجون إليها.

وفيما يتعلق بالأساس القانوني للتربية الخاصة فقد تطور هو الآخر على مدار السنين من تشريعات تسمح بتلقي تمويل أو مساعدات من عامة الناس إلى برامج التربية الخاصة التي يتم تقديمها لأولئك للمتعلمين غير العاديين، وإلى تعديلات تشريعية متلاحقة تؤكد على توفير النفقات اللازمة لمثل هذه البرامج، ثم ظهرت قوانين وتشريعات تؤكد على حق كل هؤلاء الأطفال في أن يحيوا حياة عادية، وأن يتلقوا تعليماً مناسباً لهم ومجانياً وهي التشريعات

التي شهدتها سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي. ومن ثم يصبح للتربية الخاصة تاريخها التشريعي الخاص وما يرتبط به من تعديلات. ومن هذا المنطلق فقد أكد التعديل الذي تم إدخاله على قانون تعليم الأفراد المعاقين IDEA على أنه إذا كان من الممكن لكل مدرسة أن تتلقى دعماً مالياً باسم هذا القانون فإنه ينبغي عليها أن تعمل على توفير تعليماً مناسباً ومجانياً لكل طفل ومراهق يعاني من أي إعاقة من الإعاقات المختلفة.

وعلى الرغم من ذلك فإن القوانين والتنظيمات لا يكون لها سوى أثر ضئيل حتى تقوم المحاكم أو هيئاتها أثناء التقاضي بتفسير المقصود منها. وعلى ذلك فإن إجراءات التقاضي تركز في الوقت الراهن على ضرورة أن يتلقى كل طفل أو مراهق من هؤلاء الأفراد غير العاديين قدراً من التعليم يتناسب مع حاجاته الفردية. وإذا كان الأمر من هذا المنطلق يميل إلى جانب أولئك الأطفال الذين لا تتطلب إعاقتهم أي جدل حولها ولكنهم لا يتلقون أي تعليم مطلقاً، أو يتلقون قدراً ضئيلاً من الخدمات فقط فإن القضايا التي يتم رفعها في المحاكم ضد التربية الخاصة تميل إلى إنصاف ذوي الإعاقات البسيطة أو محل الشك والذين تعد التربية الخاصة بالنسبة لهم وصمة إلى حد كبير، كما يجدون فيها تمييزاً عن غيرهم ممن يقلون عنهم في هذا الصدد. ومن ثم فهي بشكلها الراهن لا تساعدهم على تلقي القدر المناسب من التعليم. ومع ذلك فسوف يشهد المجال التشريعي في المستقبل تحديداً أكثر دقة لمصطلح "مناسب" الذي نصف به ذلك القدر من التعليم الذي يجب أن يتم توفيره لأولئك الأفراد غير العاديين.

وجدير بالذكر أن الهدف الأساسي لتلك التشريعات التي شهدتها التربية الخاصة يتمثل في الأصل في دفع المعلمين والمختصين إلى الاهتمام بالحاجات الفردية لهؤلاء الأطفال والتركيز عليها. وعلى هذا الأساس فإن الملامح الأساسية المميزة لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA تتمثل في ضرورة أن يتلقى كل طفل غير عادي نوعاً من التربية الخاصة في ظل القانون وفي الإطار القانوني لذلك تتمثل في حصوله على برنامج تربوي فردي. ومن المعروف أن البرنامج التربوي الفردي ما هو إلا خطة مكتوبة يجب أن يوافق عليها والدا الطفل أو ولي أمره، وأن مثل هذه الخطة تهتم بعدد من المسائل التي تتعلق بكل مجال من مجالات الإعاقة وذلك على النحو التالي:

1- مستوى الأداء الحالي للطفل.

2- الأهداف السنوية المراد تحقيقها.

3- الأهداف قصيرة المدى.

4- الخدمات الخاصة التي ينبغي توفيرها، والمدى الذي يمكن فيه للطفل أن يشارك في التعليم العادي.

5- خطة لبداية تقديم الخدمات المختلفة، والمدة المتوقعة لها.

6- الخطط المتعلقة بالتقييم.

7- الخدمات المطلوبة للأطفال غير العاديين الأكبرسناً التي تضمن انتقالهم الناجح من المدرسة إلى العمل أو إلى التعليم العالي.

ومن المعروف أن مثل هذه الأهداف تقوم على تلك الرؤية التي تنظر إلى التربية الخاصة على أنها فردية، ومكثفة، وجامدة، وهامة وضرورية، وأنه يتم توجيهها وفقاً لهدف معين.

ومن الجدير بالذكر أن التربية الخاصة قد أحرزت قدراً كبيراً من التقدم خلال القرن الماضي، وأنها قد أصبحت الآن تمثل جانباً هاماً ومحدداً من التعليم الأمريكي العام، وليست مجرد اعاقة معينة. كما أن آباء الأطفال غير العاديين قد أصبحوا في وقتنا الراهن أكثر مشاركة في تعليم أطفالهم هؤلاء. كذلك فمن المؤكد أن مثل هذا التقدم أو التطور الذي تم إحرازه في مجال التربية الخاصة إنما يرجع في جانب منه إلى تلك القوانين التي صدرت في ذلك الوقت والتي أكدت على ضرورة توفير قدر مناسب من التعليم، وغير ذلك من الخدمات اللازمة لكل طفل أو مراهق غير عادي..

الفصل الثاني

2

أهم الاتجاهات السائدة في التربية الخاصة

Current Trends and Jssues

من الملاحظ أن تاريخ التربية الخاصة يعج من وجهة نظر الكثيرين وذلك كما يرى كل من موك وآخرين (Mock et.al.(2003 وجاكوبسي وآخرين (Jakubecy et.al. (2003 بالعديد من الارتفاعات والانخفاضات غير المتوقعة التي نتج عنها أن العديد من الأحداث والظروف التي يشهدها المجال اليوم سوف تؤدي بما لا يدع مجالاً للشك إلى العديد من النتائج المختلفة التي ستترتب عليها، والتي لن نكون من جانب آخر قد تنبأنا بها بعد.

ومن ناحية أخرى فقد شهد عقدا الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي تغيرات عديدة وجذرية في تعليم الأفراد ذوي الإعاقات. كما أن التفكير الراهن يدل أيضاً على أن هذا المجال قد أضحى ممهداً لحدوث المزيد من التغيرات وذلك في بدايات القرن الحادي والعشرين. ويتمثل أحد الأمور والاتجاهات الهامة والأساسية بالنسبة للقرن الجديد في التحرك باتجاه التربية الخاصة متعددة الثقافات multicultural special education . ونظراً لأهمية مثل هذا الموضوع أو الاتجاه فإنه سيكون محور حديثنا في الفصل الثالث. أما في الفصل الراهن فإننا سوف نتناول ستة اتجاهات أساسية في التربية الخاصة يرتبط بها كم كبير من تلك الأمور التي تواجهنا في هذا الصدد، ومن أهمها ما يلي:

1- دمج الأفراد المعوقين في المجتمع الأكبر الذي يتضمن غير المعوقين.

2- إشراك الطلاب المعوقين في التقييم العام للتطور التربوي.

3- إدخال العديد من الأساليب التكنولوجية الحديثة في سبيل خدمة الأفراد ذوي الإعاقات.

4- التدخل المبكر للأفراد المعوقين.

5- الانتقال من المدرسة الثانوية أو العليا إلى مرحلة الرشد.

6- تهذيبdiscipline الأفراد المعوقين وتدريبهم على النظام.

وفيما يلي سوف نتناول شرحاً وتفصيلاً لهذه الاتجاهات السائدة والهامة أو التي تعد أساسية في هذا المجال، وما قد يرتبط بها من أمور لا تقل عنها في أهميتها بالنسبة لهؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات، ومن يتعامل معهم، أو حتى للمجتمع الأكبر ككل.

دمج الأفراد المعوقين في المجتمع الأكبر Jntegration into the Larger Society

بدأ اتجاه دمج الأفراد المعوقين في المجتمع الأكبر في الستينيات من القرن الماضي، واستمر بشكل أقوى حتى مما هو عليه الآن. وفي واقع الأمر فإن أولئك الأفراد الذين تزعموا

اتجاه الدمج يفخرون من حقيقة أنهم قد عملوا على أثر ذلك على خفض عدد الأفراد المعوقين الذين يقيمون في مؤسسات خاصة بهم، كما عملوا كذلك على خفض عدد الطلاب المقيدين في التربية الخاصة الذين ينتظمون في مدارس خاصة أو حتى في فصول خاصة قائمة بذاتها. ومع ذلك فإن بعض المؤيدين للدمج من المعاصرين الذين يتسمون باتجاههم الأصولي أو الراديكالي لن يشعروا بالرضا حتى يتم غلق جميع مؤسسات التربية الخاصة، ومدارسها الخاصة، وفصولها الملحقة الخاصة حيث يوصون بأنه ينبغي أن يتم تعليم الأطفال المعوقين في الفصول العادية، في حين يوصي المؤيدون للدمج الذين يتسمون باتجاههم المحافظ بحدوث درجة أكبر من التفاعل بين الأطفال المعوقين وأقرانهم غير المعوقين وذلك بصورة تفوق ما كان يحلم به غالبية معلمي التربية الخاصة في ستينيات وسبعينيات القرن الماضي أي مع بداية ظهور اتجاه الدمج في هذا المجال والعمل به .

الجذور الفلسفية والتاريخية للدمج

تعود جذور الدمج من الناحية الفلسفية والتاريخية إلى عدد من الأمور ذات الأهمية التي شهدها هذا المجال والتي تمثل بدورها مبادئ هامة فيه من أهمها ما يلي :

التطبيع أو العادية والسواء Normalization

يمثل ما يعرف بالتطبيع أو العادية أو السواء normalization مبدأ أساسياً يكمن خلف ذلك الاتجاه الذي يدعو إلى دمج الأفراد المعوقين في المجتمع الأكبر وهو ذلك المبدأ الذي تم اعتناقه ومناصرته في الدول الاسكندنافية Scandinavia وذلك قبل انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية والعمل به فيها. ويعتبر التطبيع أو العادية بمثابة مبدأ أو معتقد فلسفي بأننا يجب أن نستخدم وسائل معينة تعد معيارية أو عادية من الناحية الثقافية بقدر الإمكان وذلك في سبيل إكساب الأفراد المعوقين سلوكيات وخصائص شخصية توصف بأنها عادية، والإبقاء عليها بقدر المستطاع. وهذا يعني أنه في ظل مبدأ التطبيع أو العادية يجب أن تكون كل من الوسائل والغايات التربوية للأطفال ذوي الإعاقات أكثر شبهاً بتلك التي يتم استخدامها مع الأطفال العاديين. وفيما يتعلق بالوسائل على سبيل المثال فإننا يجب أن نقوم بوضع الأطفال المعوقين في مواقف تربوية شبيهة بتلك التي يوضع فيها أقرانهم العاديون وذلك بقدر الإمكان. كما أننا يجب أن نستخدم اتجاهات أو أساليب علاجية أكثر شبهاً بتلك التي نستخدمها مع باقي الأطفال. أما بالنسبة للغايات فإننا يجب أن نعمل جاهدين على جعل أولئك الأفراد ذوي الإعاقات جزءاً لا يتجزأ من نسيج المجتمع الأكبر.

وعلى الرغم من أن مبدأ التطبيع أو العادية يبدو بسيطاً جداً في شكله فإن هناك جدلاً كبيراً دار بالفعل حول تطبيق مثل هذا المفهوم الهام. وقد تضمن الكم الأكبر من هذا الجدل الإخراج من مؤسسات التربية الخاصة، والتحديد الذاتي، والضم أو الاحتواء الكلي وهو الأمر الأكثر أهمية بالنسبة للمعلم. وسوف نذكر هنا أربعاً من أهم وأكثر الأمور الخلافية التي تتعلق بمفهوم التطبيع أو العادية هي:

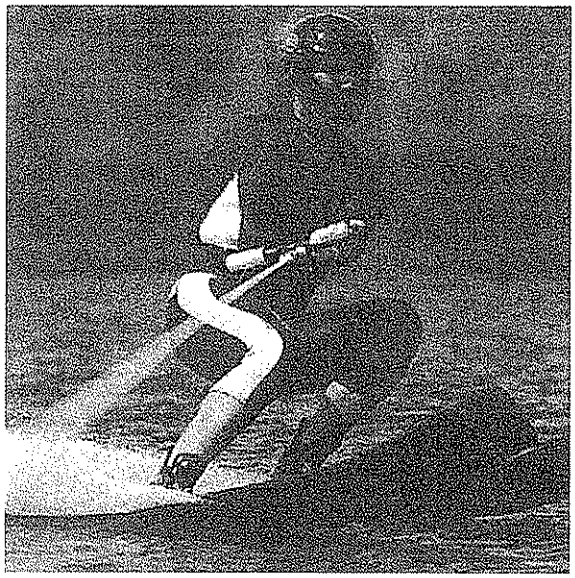
1- أن عبارة " تتسم من الناحية الثقافية بالمعيارية أو العادية قدر الإمكان " التي نلجأ إليها لوصف تلك الوسائل المستخدمة في سبيل إكساب أولئك الأفراد المعوقين سلوكيات وخصائص شخصية تعد عادية هي أول هذه الأمور وذلك بالرغم من أن المناصرين أو المؤيدين لمبدأ التطبيع أو العادية يرون أن هناك حاجة إلى ضرورة حدوث اختلاف في تلك الخدمات التي يتم تقديمها لأولئك الأفراد والتي تتضمن الخيارات المتعلقة بذلك إقامتهم في مؤسسات خاصة بهم، ووجود مدارس خاصة بهم إلى جانب وجود فصول ملحقة خاصة بهم أيضاً فإن البعض قد فسر هذا المبدأ حديثاً بأنه يعني التخلص من كل هذه المواقف أو الأماكن المنعزلة أو التي تقوم أساساً على العزل.

2- أن بعض المجموعات من الأفراد المعوقين ينظرون بحذر إلى دمجهم بدرجة كبيرة في مجتمع العاديين حيث نجد على سبيل المثال أن بعض الأفراد الصم نتيجة لوجود صعوبات جمة في تواصلهم مع عالم السامعين يفضلون بدلاً من ذلك التواصل مع أفراد آخرين من الصم، ومن ثم فإن التطبيع أو العادية بالنسبة لهم لن تعني دمجهم في المجتمع الأكبر. ويشير البعض أيضاً وذلك كما يرى كوفمان وهالاهان Kauff-man &Hallahan (1997) إلى أن تنوع البيئات أو الأماكن المختلفة وتعدد تصنيفات الأفراد تعد في حد ذاتها أمراً معيارياً في العديد من المجتمعات.

3- يرى بعض المؤيدين لحقوق المعوقين أن هناك خطأ في تقييم التطبيع أو العادية حيث أن ذلك عادة ما يبدأ بفكرة أنه يجب النظر إلى الأفراد غير المعوقين على أنهم المعيار الذي ينبغي أن نقارن الأفراد المعوقين به. ولذلك فقد نادى مندوب الجمعية العالمية للأفراد المعوقين على سبيل المثال كما يشير ماثياسون Mathiason (1997) بضرورة تقليل قيمة التطبيع أو العادية كمقياس لذلك، واستخدام الأفراد غير المعوقين كمعيار في هذا الإطار.

4- أن البعض يتساءل عما إذا كان الاستخدام المتزايد للتكنولوجيا في سبيل مساعدة الأفراد المعوقين عادة ما يعمل ضد الهدف من التطبيع أو العادية أم لا حيث هناك في

الواقع قدر من الشك في أن الأساليب التكنولوجية التي يتم استخدامها قد جعلت من الممكن بالنسبة للعديد من الأفراد المعوقين المشاركة في تلك الأنشطة التي لم يكن باستطاعتهم أن يشاركوا فيها من قبل، وإن كانت قد ساعدتهم بالفعل في تحقيق ذلك وهو الأمر الذي يؤكد على أن التكنولوجيا تعمل في حالات عديدة كوسيلة لتحقيق التطبيع أو العادية. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض الأفراد المعوقين يرون أنهم يجب أن يعتمدوا بشكل أسرع وأوسع على التكنولوجيا بدلاً من العمل على تحسين قدراتهم حيث يمكن لمثل هذه الأساليب أو الوسائل التكنولوجية التي يتم استخدامها في هذا الصدد أن تعوضهم عن نقص قدراتهم وقلة مهاراتهم. إلا أننا نؤكد أن الاعتماد على أساليب صناعية للتفاعل مع البيئة عندما يتوفر العديد من الأساليب الطبيعية لذلك قد يضر ببحث الفرد عن التطبيع أو العادية ويحد منه.



يمكن أن يشارك الأفراد ذوو الإعاقات بشكل كلي في الأنشطة اليومية

الإخراج من المؤسسات Deinstitutionalization

كان من الشائع في وقت ما أن نضع الأطفال والمراهقين المتخلفين عقلياً أو المضطربين عقلياً في مؤسسات للإقامة الداخلية وخاصة إذا ما كانوا يعانون من مشكلات شديدة نسبياً. وقد شهد عقدا الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي حركة منظمة لإخراج أولئك الأفراد من تلك المؤسسات، وإعادتهم إلى مجتمعاتهم المحلية من جديد. وقد تمت الإشارة إلى تلك

الحركة على أنها "الإخراج من المؤسسات" deinstitutionalization وقد أدت إلى زيادة أعداد الأطفال المعوقين الذين تقوم أسرهم بتربيتهم. أما الآن فإن هناك وحدات أصغر تقع في إطار الجيران تعد هي الأكثر شيوعاً، وتعرف مثل هذه الوحدات باسم "البيوت المرحلية " halfway houses وهي عبارة عن تلك الوحدات التي تم إنشاؤها في الأصل لأولئك الأفراد الذين يعانون من مشكلات انفعالية والذين لم يعودوا في حاجة إلى البيئات المنعزلة التي تضمها المؤسسات الكبرى. أما بالنسبة للأفراد المتخلفين عقلياً فهناك ما يعرف بالبيوت الجماعية group homes وهي تلك الوحدات التي يوضع فيها عدد صغير من الأفراد الذين تتراوح شدة تخلفهم العقلي بين البسيط إلى الشديد. كذلك فقد أصبح عدد كبير من الأفراد المعوقين يعملون في الوقت الراهن بمساعدة مدربين يقومون بتدريبهم على العمل وذلك في مواقف عمل تنافسية.

ويرى بعض المختصين أن مفهوم الإخراج من المؤسسات قد تم تطبيقه بالفعل على بعض الحالات دون الكثير من التدبر أو التفكير المسبق وهو الأمر الذي يجب ألا يحدث على هذه الشاكلة. كما يرون أن الإخراج من المؤسسات يمكنه أن يؤدي إلى تحسين جودة الحياة للعديد من الأفراد الذين كان من المفترض بالنسبة لهم في السابق أن يبقوا كثيراً داخل تلك المؤسسات، ولكنه مع ذلك قد فشل مع أفراد آخرين ولم يحقق الهدف منه وذلك بسبب سوء التخطيط حيث تم إخراج بعض الأفراد مثلاً من المؤسسات إلى الشارع. وعلاوة على ذلك فإن مثل هذه المؤسسات يمكن أن تكون بديلاً إنسانياً فعالاً لإقامة بعض هؤلاء الأفراد.

وتوضح مراجعة التراث البحثي حول الإخراج من المؤسسات وذلك في الفترة من 1980 حتى1999 أن العديد من الأفراد المتخلفين عقلياً قد تحسن سلوكهم التكيفي بصورة واضحة بخروجهم من تلك المؤسسات التي كان يتم إيداعهم بها مسبقاً وانتقالهم إلى بيوت مجتمعية صغيرة (University of Minnesota,1999). ومع ذلك فإن نتائج البحوث المرتبطة توضح أيضاً أنه لا يزال هناك الكثير مما يجب أن نقوم به في سبيل تحسين جودة حياة عدد لا بأس به من الأفراد المعوقين الذين تركوا مثل هذه المؤسسات بالخروج منها. ويشير شتراوس وكاستنر (1996) Strauss& Castner majnhm وآخرون (1998) Strauss et.al. أن نتائج الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع في ولاية كاليفورنياCalifornia حيث أصبح ذلك أمراً شائعاً توضح بصورة جلية أن معدل الوفيات يعتبر مرتفعاً نسبياً بين الأفراد المتخلفين عقلياً الذين تركوا تلك المؤسسات وانتقلوا إلى بيئات مجتمعية وذلك قياساً بأقرانهم الذين ظلوا مقيمين بتلك المؤسسات.

تحديد الذات Self- Determination

عملت حركة إخراج الأفراد المعوقين من المؤسسات ودمجهم في المجتمع على زيادة إدراك الأفراد سواء العاديين أو المعوقين أن لكل منهم الحق في ممارسة تحديد الذات. ويشير تحديد الذات إلى قيام الفرد باتخاذ قراراته المختلفة حول الجوانب الهامة في حياته كأن يقرر على سبيل المثال أين يعمل، وأين يسكن، ومن هم الذين يتخذهم أصدقاء له، وما هو نوع التعليم الذي ينبغي عليه أن يواصله. وعلى هذا الأساس فإن الأفراد المعوقين يحتاجون إلى أن يتعلموا كيف يخططون بغرض التمكن من تحديد الذات، وهنا نلاحظ أن عليهم أن يقوموا بممارسة التخطيط المتمركز حول الشخص person- centered planning الذي يمثل جنباً هاماً وأساسياً في تحديد الذات حيث يساعد كل فرد على أن يصل إلى ذلك.

ويرى سكوارتز وآخرون Schwartz et.al. (2000) أن أول خطوة مهمة في مثل هذا التمركز حول الشخص تتمثل في أن تقوم جميع الأنشطة التي يقوم ذلك الشخص بها، والخدمات التي يتم تقديمها له، وما يحصل عليه من تأييد على أحلامه، واهتماماته، وتفضيلاته، وجوانب قوته، وقدراته. وتتمثل الفكرة الأساسية في هذا الإطار كما يشير ستانكليف وآخرون Stan- (2000) cliffe et.al. في أن الأفراد ذوي الإعاقات ينبغي أن يمارسوا كأقرانهم غير المعوقين سيطرتهم الشخصية على حياتهم. ومن جانب آخر فإن الآخرين كالأخصائيين النفسيين، والمرشدين، والأطباء، والوالدين، والمعلمين، ومديري المدارس التي قد يلتحق بها هؤلاء الأفراد لا يجب أن يقوموا مطلقاً باتخاذ القرارات المختلفة نيابة عن أولئك الأفراد المعوقين كما كان يحدث في الماضي.

تطوير مهارات تحديد الذات للأفراد ذوي الإعاقات يعتبر هدفاً هاماً

وجدير بالذكر أن هناك إدراكاً متنامياً بأنه من الممكن أن يتم تعلم تحديد الذات، وأن مثل هذا التعلم يجب أن يحدث في إطار المدرسة كما يرى أجران وآخرون Agran et.al.(2000) وويماير وآخرون Wehmeyer et.al. (2000) وبراودر وآخرون Browder et.al.(2001) ومن هذا المنطلق لا يخفى علينا أن الإبقاء على المدرسة كمكان يكون للأطفال صوت هام فيه، أو مكان يتعلمون فيه كيف يتخذون قرارات هامة في حياتهم يعد نقطة لها أهميتها ودلالتها ومغزاها في هذا الإطار.

وبشكل عام فإن تحديد الذات يعني تحمل الفرد لتلك المسئولية التي تتعلق بالجوانب المختلفة في حياته. ويمكن أن يلعب المعلمون دوراً هاماً في دعم تلك القدرات والاتجاهات التي قد يحتاجها الأفراد حتى يتمكنوا من تحمل هذه المسئولية وذلك من خلال تعليمهم المهارات اللازمة لتحديد الذات إلى جانب توفير البيئة المدرسية التي تساعدهم على ممارسة مثل هذه المهارات. ومما لا شك فيه أن بعض المؤسسات والجمعيات المختصة تتوفر فيها في الوقت الراهن سياسات معينة تختص بتحديد الذات وهو الأمر الذي يمكن ملاحظته إذا ما قمنا على سبيل المثال بزيارة للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Retardation AAMR على الشبكة الدولية. ومن المعروف أن فكرة تحديد الذات كغيرها من المفاهيم العديدة الأخرى ترتبط كما يرى كرونين Cronin (2000) بالقدرة والعجز ability and disability وهي بذلك تعتبر جزءاً لا يتجزأ من الثقافة العامة. وإذا ما أردنا أن نعمل على تحقيق تحديد الذات إضافة إلى أي هدف آخر فإننا ينبغي أن نلتفت إلى تلك الفروق الثقافية وذلك فيما يتعلق بالذات، والاستقلال، والنجاح وهو ما سوف نوليه المزيد من المناقشة في الفصل الثالث.

الضم أو الاحتواء الكامل Full Inclusion (الدمج الشامل)

من الجدير بالذكر أن هناك كما يشير لاسكي Laski (1991) وسيلور Sailor (1991) وشتاينباك وشتاينباك Stainback & Stainback (1992) العديد من الأفكار التي يتبناها الكتاب حول ذلك المعنى الدقيق للضم أو الاحتواء الكامل. ومع ذلك فإن معظم التعريفات التي تم تقديمها حتى الآن تتضمن العناصر الأساسية التالية:

1- أن كل الأفراد ذوي الإعاقات بغض النظر عن نمط وشدة إعاقتهم يلتحقون بفصول في التعليم العام فقط، بمعنى أنه لا توجد أي فصول منعزلة للتربية الخاصة يقومون هم بالالتحاق بها.

2- أن كل الأفراد ذوي الإعاقات يلتحقون بتلك المدارس التي توجد في تلك المنطقة التي

يقطنون بها أي يلتحقون بتلك المدارس التي كانوا سيلتحقون بها إذا لم تكن توجد لديهم أي إعاقات.

3- أن المسئولية الأولية عن الأطفال ذوي الإعاقات إنما تقع على عاتق التعليم العام وليس على عاتق التربية الخاصة.

وفيما يتعلق بهذه النقطة الأخيرة التي عرضنا لها للتو نجد أن بعض المؤيدين للضم أو الاحتواء الكامل يقترحون أن يتم التخلص الكلي من فصول التربية الخاصة ومدارسها المنعزلة، بينما يرى آخرون أننا سنظل في حاجة إلى أولئك المختصين الذين يعملون في مجال التربية الخاصة كالمعلمين، وأخصائيي اللغة والتخاطب، ولكن واجباتهم الرئيسية ينبغي أن تتم في إطار فصول ومدارس التعليم العام وذلك بما لا يتعارض مع تلك الأدوار والمهام التي يضطلع بها معلمو التعليم العام.

الاتجاهات السائدة Current Trends

مما لا شك فيه أن مسألة الدمج بالنسبة للأفراد غير العاديين قد أثارت العديد من الأمور الجدلية في هذا الصدد. ومن هنا فإننا نجد أن هناك بعض الأفكار والمفاهيم مثل التطبيع أو العادية والسواء normalization والإخراج من المؤسسات deinstitutionalizationوتحديد الذات self-determination والضم أو الاحتواء inclusion التي لم ير البعض أنها لم تنل حظها الكافي من الدراسة والتطبيق للآن في حين يرى آخرون أنها قد وصلت إلى حدود ربما تكون غير مفيدة مطلقاً، بل وتحمل في طياتها المزيد من الضرر. ولكننا من جانبنا سوف نركز هنا على بعض الأمور التي تتعلق بالضم أو الاحتواء الكامل نظراً لأنه هو الموضوع الذي يؤثر بشكل مباشر على معلمي الفصول. وفي هذا الإطار نلاحظ أن الجدل الدائر يتضمن العديد من المناقشات، والشد، والجذب حول مدى وجود متصل من الخيارات المتعلقة بالتسكين، والآراء المؤيدة للضم أو الاحتواء الكامل إلى جانب تلك الآراء التي ترفضه فضلاً عن ذلك الجدل الذي يتعلق بتنفيذ هذا الضم أو الاحتواء الكامل بما له وما عليه أي أن الأفراد الذين يقومون بتناول مثل هذا الموضوع يعملون على إيضاح ما له من مزايا حتى يمكن تطويرها والاهتمام بها، وما به من عيوب حتى يمكن تجنبها أو الإقلال من تأثيرها السيئ.

الضم أو الاحتواء الكامل في مقابل متصل التسكين البديل

من الجدير بالذكر أن تخطيط البرامج التربوية المختلفة الخاصة بأولئك الأفراد ذوي الإعاقات قد قام من الناحية التربوية على افتراض أن الأمر يتطلب كما يرى كروكيت وكوفمان Crockett &Kauffman (2001) ضرورة توفير اختيارات عديدة لتقديم مجموعة من

الخدمات الخاصة لهم . وكما ذكرنا في الفصل الأول فإن القانون الفيدرالي الذي يتعلق بالتربية الخاصة والمعروف بقانون تعليم الأفرد ذوي الإعاقات IDEA يشترط أن تقوم المدارس بوضع الأفراد ذوي الإعاقات في البيئة الأقل تقييداً لهم LRE والتي يتم اختيارها من ذلك المتصل الخاص بالتسكين البديل CAP.

ويعتقد العديد من الأفراد أن مفهوم البيئة الأقل تقييداً للطفل تتضمن مكاناً مادياً فقط له إلى جانب وجود بدائل أخرى على امتداد متصل للتقييد يتراوح بين مؤسسات للإقامة الداخلية على أحد طرفي المتصل إلى الفصول العادية على طرفه الآخر. ومن ثم فإن مثل هؤلاء الأفراد يصورون مفهوم البيئة الأقل تقييداً للطفل على أنه أقل أهمية من مفهوم التعليم العام المجاني المناسب free appropriate public education FAPE حيث كانت هناك قبل أن يسن قانون البيئة الأقل تقييداً للطفل حرية للعاملين بالمدرسة كي يدعوا أنه لا توجد لديهم أي خدمات لتقديمها للأطفال ذوي الإعاقات، وألا يسمحوا لمثل هؤلاء الأطفال بالاقتراب من الفصول العادية. أما الآن فمع أن المؤيدين للضم أو الاحتواء الكامل يفضلون أن يجعلوا التعليم العام المجاني المناسب في مرتبة أو وضع تال أو أدنى للبيئة الأقل تقييداً وذلك حتى يستغنوا عن مفهوم البيئة الأقل تقييداً فإنهم لم يسمحوا للطفل بالاقتراب من الفصول الخاصة أو المدارس المخصصة للأطفال ذوي الإعاقات. وفي هذا الإطار يشير لاسكي Laski (1991) وبعض المؤيدين الآخرين للضم أو الاحتواء الكامل إلى أن الفصل في إطار التعليم العام يعد بمثابة البيئة الأقل تقييداً بالنسبة لكل الأطفال سواء كانوا معوقين أو غير معوقين. وفي الواقع فقد كشفت ملاحظاتنا عن أن المدارس في بعض الضواحي، وبعض الفصول الخاصة أيضاً قد تم إغلاقها في سبيل تحقيق الضم أو الاحتواء الكامل، وبالتالي لم توجد هناك أي اختيارات على متصل التسكين ذي البدائل المتعددة.

ويرى البعض كما يرى جاليجو ومول Gallego & Moll (2000) أن مدى التقييد الذي تفرضه البيئة على الطفل لا يعتبر موضوع مكان معين تمثله هذه البيئة حيث أن مثل هذا التقييد يتحدد أيضاً في ضوء ما يتم تعليمه للطفل، والكيفية التي يتم تقديمه له بها أي في ضوء السياق التعليمي والاجتماعي للمكان. أما الجدل الذي يمكن أن يدور حول هذا الإطار فيتمحور كما يشير كل من كوفمان وآخرين Kauffman et.al. (2002) وموك وكوفمان Mock & Kauffman (2000) حول أن بعض الفصول الخاصة تعتبر بالنسبة لبعض الأطفال أقل تقييداً لنموهم الأكاديمي، والانفعالي، والاجتماعي وذلك قياساً بفصول التعليم العام.

المقدمات الضرورية للضم أو الاحتواء الكامل

يرى المؤيدون للضم أو الاحتواء الكامل أن هناك على الأقل أربع مقدمات أساسية يقوم عليها هذا الأمر تتمثل فيما يلي:

1- أنه من الخطر إضفاء نعت معين على هؤلاء الأفراد.

2- أن برامج الانسحاب المؤقت pull- out programs التي تطبق في التربية الخاصة قد أثبتت عدم فعاليتها في هذا الإطار.

3- أننا ينبغي أن ننظر إلى الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية.

4- أن الأخلاقيات ethics تعد أكثر أهمية من الأدلة الإمبيريقية المختلفة.

ويمكننا أن نتناول مثل هذه المقدمات الأربع بالشرح والتفصيل حتى نقف على أهميتها وجدواها في هذا الصدد.

1- إضفاء نعت معين على هؤلاء الأفراد يعد أمراً خطيراً :

يخشى البعض من أن نعت "التربية الخاصة" يمكن أن يؤدي بالطفل إلى الشعور بعدم القيمة، أو أن يراه باقي أعضاء المجتمع على أنه منحرف عنهم، ومن ثم فإنه يطور شعوراً بعدم القيمة. وفي واقع الأمر فإن مثل هذا الأمر له أساسه ومبرره حيث أنه لا يمكننا أن نقول أنه لا يوجد له أساس كلية نظراً لأن أي نعت يستخدم في سبيل وصف الأطفال بأنهم يحتاجون إلى تربية خاصة يحمل في طياته دلالات سلبية. ونظراً لوصف الطفل بمثل هذه الكيفية فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى خفض تقديره لذاته، أو يؤدي بالآخرين إلى أن يسلكوا بشكل مختلف تجاهه. وبالتالي فإن المؤيدين للأفراد ذوي الإعاقات يرون أننا يجب أن نستخدم نعوتاً مختلفة، أو نتجنب استخدام مثل هذه النعوت كلية.

وفي الواقع فإن المشاعر المضادة لتلك النعوت تقوم في جانب منها على تلك النظرية التي ترى أن الإعاقات تعد بمثابة أمر يرجع إلى الإدراك الاجتماعي والقيم وليس إلى الخصائص الموروثة حيث يرى بوجدان Bogdan (1986) أن الإعاقة تعتبر في أساسها بناء اجتماعياً يعتمد وجوده على التفاعلات الاجتماعية. وبالتالي فإن الشخص لا تكون لديه أي إعاقة إلا في نطاق ضيق فقط، فحقيقة أن أحد الأشخاص لا يمكنه الإبصار مثلاً تضع الأساس فقط لوصفه بأنه أعمى، وهكذا. وبمجرد أن نطلق على أي شخص أنه أعمى تحدث مجموعة من النتائج غير المرغوبة، كما تختلف تفاعلاتنا معه أيضاً بسبب مثل هذا النعت، أي أننا ننظر إلى هذا الشخص في الأساس في إطار تلك الإعاقة البصرية التي تم وصفه بها، ومن ثم نقوم

بتفسير ما يمكنه وما لا يمكنه أن يقوم به في نفس هذا الإطار الذي نظرنا من خلاله إليه، كما أن ذلك النعت في حد ذاته يسبق غيره من الأشياء التي نعرفها عن ذلك الشخص في المرتبة أو الأهمية، فنجد أنفسنا مثلاً قبل أن نصف ذلك الشخص بأي صفة إيجابية أو حتى سلبية نعرفها عنه نقول أنه أعمى حتى وإن كان ذلك تبريراً لبعض ما يقوم به من سلوكيات، أو ما يصدر عنه من أداءات متباينة في مختلف الجوانب. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذا النعت يفتح الباب لرؤية هذا الشخص بصورة نمطية، وبطريقة تتضمن الكثير من التحيز نظراً لأننا بمجرد أن نطلق عليه ذلك النعت نميل إلى أن نفكر في كل أولئك الأفراد الذين يعانون من الإعاقة البصرية على أنهم يشبهون بعضهم البعض، ولكنهم يختلفون في ذات الوقت عن باقي أعضاء المجتمع سواء من أقرانهم ذوي الإعاقات المختلفة من جانب أو غير المعوقين من جانب آخر.

إذا ما نظرنا إلى النعت قبل الخصائص الشخصية فسوف يكون ذلك عائقاً أمامنا

وفضلاً عن ذلك فإن الدراسات التي تم إجراؤها حول تلك الآثار التي تترتب على استخدام نعت معين لهؤلاء الأفراد لم تكشف عن نتائج حاسمة حيث أكدت أننا نميل إلى رؤية أولئك الأفراد بشكل مختلف عن أقرانهم الذين لا نستخدم نعتاً مشابهاً أو مماثلاً في وصفنا لهم، وأنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لنا أن نتوقع حدوث سلوك محرف من جانب مثل هؤلاء الأفراد، وأن نرى اللاسواء من جانب الأفراد غير المعوقين إذا ما تم إخبارهم بطريق الخطأ أن الأفراد غير المعوقين يعتبرون منحرفين وهو الأمر الذي يكشف أن استخدام نعوت كهذه من شأنه أن يؤثر سلباً على السلوك. إلا أن استخدام تلك النعوت من شأنه كذلك أن يدفع

بالأفراد غير المعوقين إلى إبداء قدر أكبر من التسامح للأفراد ذوي الإعاقات، وبالتالي يبدون قدراً أكبر من التسامح لهم. أي أن مثل هذه النعوت تعطي تفسيراً وتبريراً للاختلاف في الشكل والمظهر أو السلوك وهي الأمور التي قد يلام الفرد المعوق عليها، أو يصبح موصوماً بها بشكل أكبر. فعلى سبيل المثال نجد أنه من الشائع بالنسبة للراشدين غير المعوقين أن يبدوا قدراً من التسامح تجاه درجة معينة من السلوك غير الناضج اجتماعياً الذي يبديه الفرد المتخلف عقلياً في حين ينظرون إلى نفس هذا السلوك من جانب الشخص غير المعوق على أنه مرفوض أو على الأقل غير مرغوب.

وإضافة إلى أن استخدام مثل هذه النعوت يقدم في حد ذاته تفسيراً للسلوك غير العادي من جانب هؤلاء الأفراد فإن هناك بعض معلمي التربية الخاصة الذين يدافعون عن تلك النعوت لعدة أسباب يتمثل أولها في أن استبعاد مجموعة معينة من هذه النعوت من شأنه أن يسمح بظهور وتطور مجموعة أخرى بمعنى أن أولئك المعلمين يعتقدون أن الأفراد ذوي المشكلات الخاصة سوف يتم إدراكهم دوماً على أنهم مختلفين عن أقرانهم العاديين. أما ثاني تلك الأسباب فيتمثل في أن هؤلاء المعلمين يرون أن استخدام مثل هذه النعوت يساعد المختصين على التواصل مع بعضهم البعض. أما البحوث على سبيل المثال فإنها تساعدنا من جانب آخر في معرفة نوع العينة التي تم إجراء الدراسة عليها. بينما يتمثل ثالث تلك الأسباب في تأكيد أولئك المعلمين على أن تلك النعوت تسهم في تسليط الضوء على الحاجات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقات حتى تتضح أمام عامة الناس وهو الأمر الذي تم التعبير عنه بشكل يثير عواطفهم نحوه، وبشكل يوضح الاستجابة للتخلف العقلي مثلاً على أنها استجابة شرطية تتألف من خليط من العاطفة والشعور بالذنب والنتائج الاجتماعية. كذلك فإنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لدافعي الضرائب كما يرى كوفمان Kauffman (2001) أن يتعاطفوا مع أولئك الأفراد الذين نستخدم نعوت مثل هذه في وصفنا لهم. ويمثل رابع هذه الأسباب وآخرها فيما يشير إليه هؤلاء المعلمون من أننا عندما نقوم في أي وقت باستخدام أسلوب معين من أساليب التدخل لا يعتبر أسلوباً عاماً أي لا يتم استخدامه مع جميع الأطفال بغض النظر عن خصائصهم فإننا نستخدم النعت بشكل تلقائي أي أن تلك النعوت تعد بمثابة جزء من الممارسات الوقائية لا مفر منه ما لم تكن تلك الممارسات عامة أي يتم تطبيقها على جميع الأطفال بغض النظر عن خصائصهم الفردية.

2- عدم فعالية برامج الانسحاب المؤقت في مجال التربية الخاصة:

يؤكد بعض معلمي التربية الخاصة أن نتائج البحوث والدراسات التي تم إجراؤها في هذا المجال توضح أن برامج الانسحاب المؤقت pull-out programs في مجال التربية الخاصة

تعد غير فعالة حيث يرى هؤلاء المعلمون أن الأطفال ذوي الإعاقات يحصلون على درجات أفضل – أو على الأقل غير سيئة – في المقاييس المعرفية والاجتماعية إذا ما انتظموا في فصول عادية وذلك قياساً بما يمكن أن يحدث إذا ما انسحبوا من تلك الفصول لجزء من اليوم الدراسي منتظمين بذلك في غرف المصادر، أو إذا ما انسحبوا لليوم الدراسي بالكامل وانتظموا بالتالي في فصول قائمة بذاتها. كذلك فقد أوضحت نتائج دراسات أخرى أن ما يتم تقديمه من تعليم خلال تلك البرامج ليس هو ما نتوقعه إذا ما تم تطبيق نظام التربية الخاصة بالشكل الملائم.

هذا وقد قامت بحوث ودراسات عديدة على مقارنة الأطفال ذوي الإعاقات في بيئات أكثر وأقل انعزالية أو عزلاً segregated وذلك على مدى الثلاثين عاماً السابقة، وقد زاد عدد تلك الدراسات عن خمسين دراسة، إلا أن نتائج مثل هذه الدراسات لم تكن مؤيدة لبرامج الانسحاب المؤقت. وقد أوضح بعض النقاد عند تناولهم لتلك الدراسات بالنقد أن القيمة الفورية لتلك الدراسات تظل موضع تساؤل. وتتمثل أكبر المشكلات في هذا النوع من الدراسات في أن معظم هذه الدراسات تتضمن أخطاء منهجية. وعلاوة على ذلك فإن بعض هذه الدراسات قد أوضحت أن بعض الأطفال ذوي الإعاقات قد حققوا قدراً أفضل من التطور في البيئات الخاصة، وأن الضم أو الاحتواء الكلي لن يكون هو الأفضل بالنسبة لكل هؤلاء الأطفال.

وجدير بالذكر أن مثل هذه النتائج لا تؤكد مطلقاً على أن أحد أنماط التسكين والذي يتمثل في الضم أو الاحتواء الكلي يعد هو الأفضل لكل الأطفال. وإذا ما حصرنا التسكين للأطفال في مجال التربية الخاصة على تلك الفصول التي تتبع نظام الدمج فقط فإن بعض الأطفال قد يخبر بيئة تعلم لا تعد هي المثلى أو ما يجب أن نوفرها لهم. وكما يرى بريكر(1995) Bricker فإن حاجات الطفل يجب ألا تضيع في ظل تفضيل نمط معين من أنماط التسكين على ما عداه من الأنماط الأخرى.

3- النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية :

يميل المناصرون للضم أو الاحتواء الكلي إلى رؤية الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أعضاء في جماعة الأقلية وذلك بدلاً من النظر إليهم كأفراد يعانون من صعوبات معينة كنتيجة حتمية لتلك الإعاقات التي يعانون منها بمعنى أن تلك المشكلات التي يواجهها الأفراد ذوو الإعاقات يتم النظر إليها على أنها نتيجة للتمييز وعدم المساواة التي تمارس في إطار المجتمع. وفي هذا الإطار يعبر شتاينباك وشتاينباك (1992) Stainback & Stainback عن ذلك بقولهما إن

المعلمين قد افترضوا في الماضي وجود اتجاه لتقديم الخدمات لأولئك الأفراد يعرف بأوجه القصور الوظيفية functional limitations يتم في ضوئه تحديد الصعوبة في داخل الأطفال المعوقين أنفسهم وذلك عندما يخبرون مشكلات معينة في التعلم، أو التكيف في فصول التعليم العام. ومن هذا المنظور تصبح المهمة الأساسية للمعلمين متمثلة أصلاً في علاج أوجه القصور الوظيفية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وذلك إلى أقصى حد ممكن. وبذلك يصبح على هؤلاء المعلمين أن يحاولوا القيام بتحديد أو تحسين أو إعداد وتجهيز الأطفال المتوقع نجاحهم وذلك بتنمية تلك المهارات التي يكون من شأنها أن تمكنهم من تحقيق النجاح في بيئة تربوية تقوم على نظام الدمج mainstreamed educational environment ولكن لم يتم إعدادها كي تعمل على إشباع حاجاتهم الخاصة أو اهتماماتهم أو قدراتهم. وإذا لم يكن ذلك ممكناً فينبغي أن يتم تحويلهم إلى بيئات تربوية خاصة منعزلة حيث أنه من المتوقع في ظل نموذج أوجه القصور الوظيفية أن ينطمر الطفل في البيئة القائمة أو البيئة التربوية. إلا أن هذا النموذج قد تم استبداله بنموذج آخر يعرف بنموذج جماعة الأقلية minority group paradigm أي إحدى جماعات الأقليات وهو ذلك النموذج الذي يتم في ضوئه النظر إلى تلك الصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأطفال على أنها ليست داخل الواحد منهم كما كان يتم النظر إليها في إطار اتجاه أوجه القصور الوظيفية، بل على أنها توجد بدلاً من ذلك في تنظيم بيئة التعليم العام. ومن هذا المنطلق فإن فشل المدرسة في تحقيق أهدافها بالنسبة لهؤلاء الأطفال إنما يرجع إلى أمور معينة كالبرامج التربوية، والمواقف، والمحكات الخاصة بالأداء التي لا تشبع الحاجات المختلفة لأولئك الأطفال. ووفقاً لهذا المنظور أو وجهة النظر تلك فإن المشكلة تكمن في المؤسسة التربوية أو البيئة التي ينبغي أن يتم تحديدها، أو تحسينها، أو إعدادها وتجهيزها لإشباع الحاجات المتعددة لهؤلاء الأطفال.

وجدير بالذكر أن هذه الفكرة التي يتم بمقتضاها النظر إلى أولئك الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية تتسق مع تلك الآراء التي يتبناها النشطاء الذين يدافعون عن حقوق المعوقين ويمثلون من هذا المنطلق جزءاً من حركة تتولى الدفاع عن حقوقهم وتهدف إلى ذلك، وقد قامت تلك الحركة على غرار حركة الحقوق المدنية التي ازدهرت في الستينيات من القرن الماضي. ويدعي النشطاء المناصرون لهذه الحركة أن المعوقين يعتبرون كغيرهم من الأقليات كالأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي مثلاً، أو غيرهم من الأقليات العرقية الأخرى يعتبرون أقلية مقهورة oppressed minority. وقد استخدم هؤلاء النشطاء مصطلحاً استحدثوه هو مصطلح التعوق handicapism كمصطلح مواز لمصطلح العنصرية racism الذي استخدموه من قبل. ويعد التعوق من هذا المنطلق بمثابة سلسلة من الافتراضات والممارسات التي تدعم

تلك المعاملة المتمايزة وغير المتساوية التي يلقاها الأفراد استناداً إلى ما يبدو عليهم من فروق ظاهرة في الناحية الجسمية، أو العقلية، أو السلوكية.

جانب من تظاهرة نشطاء حركة حقوق المعوقين

وعلى الرغم من أن هناك العديد من الأفراد سواء من المعوقين أو العاديين يؤيدون حركة الدفاع عن حقوق الأفراد ذوي الإعاقات فإن هناك العديد من المعوقات التي تعترض تحقيقها لنفس الدرجة من التأثير التي حققتها حركة الحقوق المدنية. ويعتقد البعض أن المناخ السياسي في الولايات المتحدة الأمريكية لا يعد مواتياً في الوقت الراهن لرعاية حركة حقوق أخرى جديدة. وإذا كانت حركة الحقوق المدنية التي سادت خلال الستينيات من القرن الماضي قد ظهرت في عصر الأيديولوجية الليبرالية، فإن حركة حقوق ذوي الإعاقات قد تزامنت مع مناخ يتسم بقدر أكبر من المحافظة.

هذا وقد أصبحت حركة الدفاع عن حقوق المعوقين حركة عالمية في الوقت الراهن، كما أنها قد أضحت تتناول مدى واسعاً من الموضوعات. وكغيرها من الحركات السياسية أو الاجتماعية فإنها تتضمن مجموعة كبيرة من تلك الآراء التي تتعلق بالكثير من الأمور الجدلية فضلاً عن اعتبار أن كل تقرير لأي شخص معوق يعد ممثلاً للأغلبية من المعوقين. فعلى سبيل المثال نجد أن البعض كما يشير كاستور (1997) Kastor يعبر عن بعض الانفعالات السلبية بخصوص وجود علاج لإصابات الحبل الشوكي تجعل بإمكان أولئك الأفراد الذين

يعانون من الشلل أن يسيروا على أرجلهم في حين يتفاءل آخرون من الإقلال من تلك الآثار المترتبة على إصابات الحبل الشوكي حيث يرون فيها أمراً مشجعاً وجديراً بالثناء.

هذا ولم يتمكن النشطاء أنفسهم من الموافقة على أفضل الأساليب التي يمكن بمقتضاها تحقيق الأهداف العامة للحركة حيث يعتقد بعضهم على سبيل المثال أن الأفراد ذوي الإعاقات ينبغي أن يتلقوا معاملة خاصة في أمور معينة مثل الإعفاء من الضرائب، أو تخفيض أجرة انتقالهم في وسائل المواصلات العامة بينما يعتقد آخرون أن مثل هذه المعاملة المفضلة التي نود أن يلقونها تدعم وتعزز تلك الصورة التي تدل على أن أولئك الأفراد ذوي الإعاقات عادة ما يعتمدون على أقرانهم غير المعوقين الذين يقدمون لهم العون المطلوب على سبيل الإحسان.

ومما لا شك فيه أن الأفراد ذوي الإعاقات يمثلون فيما بينهم مجموعة غير متجانسة من الأفراد. وعلى الرغم من أن الأهداف العامة أي التي يتم تحديدها لتلك الفئة عامة يمكن أن تكون هي نفس الأهداف لكل الأفراد ذوي الإعاقات فإن هناك أهدافاً خاصة أو نوعية هي التي تختلف من فرد إلى آخر وذلك بدرجة قد تكون كبيرة اعتماداً على نوع الإعاقة التي يعاني الفرد منها، ومدى حدتها. كذلك فإن المشكلات المحددة التي يعاني منها ذلك المراهق الذي يعاني من التخلف العقلي الشديد إلى جانب كف البصر تختلف بدرجة كبيرة عن تلك المشكلات التي يعاني منها فرد آخر فقد استخدام رجليه على سبيل المثال لأي سبب من الأسباب. ورغم ما يقرره النشطاء في هذا المجال فلن يكون من المناسب بالنسبة لعامة الناس أن يعتقدوا أن كل الأفراد ذوي الإعاقات يتشابهون فيما بينهم إلى الحد الذي يمكننا أن نعتبرهم كلهم متشابهين حيث أن عدم التجانس الذي نتحدث عنه هنا والذي نواجهه بالنسبة لهذه الفئات من الأفراد ذوي الإعاقات يجعل من الأكثر صعوبة بالنسبة لهم أن ينضموا إلى القوى العاملة وذلك فيما يتعلق بأمور معينة. ومن جانب آخر هناك أمثلة جمة للعديد من هؤلاء الأفراد توضح أن هناك أموراً أخرى لا يمكنهم أن يحققوها في ظل ما يعرف بحركة حقوق المعوقين وهي الشعور بالسعادة والرضا إذا لم يكن الشعور بالفخر والاعتزاز إلى جانب الشعور بالهوية، وإدراك أن مدى اختلافهم عن الجماعة لا يجب أن يكون بالضرورة محدداً لهم وقيداً عليهم.

كذلك فنحن لا ننكر أن حركة الدفاع عن حقوق المعوقين قد جعلت الأفراد فاعلين في العديد من الجبهات كما يرى كل من لونجمور وأونانسكي Longmore & Unansky (2001) وسافران Safran (2001) وذلك بداية من المشرعين وحتى أصحاب العمل أو الموظفين إلى أولئك النقاد أو حتى الأفراد الذين ينتقدون وسائل الإعلام على ما تفعله إزاء أولئك الأفراد ذوي الإعاقات، ويتهمونها بالذنب على تمثيلهم بأساليب نمطية وغير دقيقة وهو ما وجهه

النشطاء المدافعون عن حقوق المعوقين لكل من التليفزيون والسينما في هذا الإطار حيث يرون أن التصوير الذي يتم تقديمه لهم يكون إما سلبياً كلية أو إيجابياً كلية. ففي الجانب السلبي نلاحظ أن وسائل الإعلام الإلكترونية غالباً ما تعامل هؤلاء الأفراد على أنهم مجرمين، أو متوحشين، أو لديهم توجهات كامنة نحو الإقدام على الانتحار، وعلى أنهم أفراد سيئي التوافق، أو منحرفين جنسياً. وغالباً ما يقدم مثل هذا الرسم أو ذلك التصوير الذريعة لأي صعوبات يمكن أن يواجهها أولئك الأفراد المعوقين، كما يسمح في ذات الوقت للأفراد غير المعوقين أن يوجهوا اللوم إلى هؤلاء الضحايا لما يواجهونه من مشكلات. أما موضوعات السينما فإنها نادراً ما تتناول دور المجتمع في وضع الحواجز والصعوبات أمام الأفراد المعوقين والتي تقوم في الأساس على اتجاهات العاديين نحوهم.

وحينما يحاول التليفزيون أن يصور الأفراد المعوقين بشكل إيجابي فإنه عادة ما ينتهي به الأمر إلى تسليط الأضواء على بعض الإنجازات التي يمكن أن يحققها البعض من هؤلاء الأفراد كأن يسلط الضوء مثلاً على ذلك الإنجاز الذي يمكن أن يحققه أحد المتزلجين المعوقين جسمياً، أو أحد الأفراد القابعين على كرسي متحرك والمشاركين في سباق الماراثون، أو ما إلى ذلك. ومما لا شك فيه أن صورة البطل الخارق للعادة التي يقدمها بعض النشطاء في الدفاع عن حقوق المعوقين تعد ميزة مزدوجة حيث تعمل من ناحية على تدعيم تلك الفكرة التي ترى أن الإعاقة في حد ذاتها لا تحد من الإنجاز، ومع ذلك فإن القصص التي تتضمن الاهتمام الإنساني قد تجعل أفراداً آخرين معوقين يشعرون بالدونية نظراً لعدم تحقيقهم مثل هذه الأهداف الخارقة. كما تدل مثل هذه القصص من جانب آخر على أن أولئك الأفراد ذوي الإعاقات يمكنهم إثبات قيمتهم فقط من خلال تحقيق أهداف إنسانية خارقة، وتعزيز وجهة النظر التي ترى أن الإعاقة تعد بمثابة مشكلة في المسايرة الانفعالية من جانب الفرد، وفي التغلب البدني بدلاً من كونها موضوعاً للتمييز الاجتماعي ضد الأقلية الموصومة.

وعلى الرغم من أن نشطاء حركة الدفاع عن حقوق المعوقين غير راضين عن تناول التليفزيون لموضوع الإعاقات فإنهم يمتدحون في التليفزيون استخدامه لشخصيات من المعوقين في الإعلانات حيث بدأ المعلنون منذ بدايات ثمانينيات القرن الماضي في اللجوء إلى أشخاص معوقين للظهور في إعلاناتهم، كما حدثت زيادة هائلة في السنوات الأخيرة من القرن الماضي في أعداد الممثلين ذوي الإعاقات الذين يظهرون في الإعلانات التليفزيونية سواء من جراء الرغبة الأمريكية المشتركة كي يكونوا أكثر استجابة من الناحية الاجتماعية، أو إدراكهم لذلك السوق الكبير للمشترين المعوقين.

4- الأخلاقيات أكثر أهمية من الأدلة الإمبيريقية :

يؤكد مناصرو الضم أو الاحتواء الكلي أن الأفراد المعوقين يمثلون جماعة الأقلية التي تعاني من التمييز. وبذلك فإن هؤلاء المناصرين يميلون إلى تناول موضوعات معينة مثل الدمج من منظور أخلاقي وليس من منظور إمبيريقي. كذلك فإن العديد من مناصري الضم أو الاحتواء الكامل لا يهتمون بمتابعة ما يتعلق بمدى فعالية هذا الأمر أي الضم حيث يرون أن البيانات الإمبيريقية حول الفعالية المقارنة للضم أو الاحتواء الكلي في مقابل برامج الانسحاب المؤقت في التربية الخاصة غير ذات جدوى. ومن الواضح كما يشير كافالي وفورنيس Kavale & Forness (2000) وساسو Sasso (2001) أننا حتى إذا ما وجدنا أن مثل هذه البرامج الخاصة بالانسحاب المؤقت سوف تؤدي إلى نتائج اجتماعية وأكاديمية أفضل من برامج الضم أو الاحتواء الكلي فإن هؤلاء المناصرين سوف يظلون يرفعون من شأن الضم أو الاحتواء الكلي وفقاً للعديد من الأسس الأخلاقية حيث يرون أن السبب الأكثر أهمية الذي يقومون من أجله بدمج كل الأطفال معاً إنما يرجع إلى أنه يعد بمثابة ذلك العدل الذي يجب أن يتحقق، والشيء الأخلاقي الذي يجب أن يقوموا به إذ أن ذلك يتناول فكرة المساواة نظراً لأن العزل لا يعد من المساواة مطلقاً. ومن ثم فإنهم يرون أن جميع الأطفال ينبغي أن يكونوا جزءاً من الدمج التربوي أو المجتمعي حيث يجب أن يشكلوا جزءاً من نسيج المجتمع.

وأنه لأمر تمييزي أن يكون من الضروري لبعض الطلاب كمن نسميهم المعوقين الحق في أن يكونوا ضمن الدمج الذي يتم في إطار التعليم العام، أو أن نقوم نحن بإعدادهم لذلك، أو ننتظر حتى يقوم الباحثون التربويون بإثبات أن كل الأطفال ذوي الإعاقات يمكنهم أن يستفيدوا من الدمج وذلك في الوقت الذي نسمح فيه لغيرهم من الأطفال أن يلتحقوا به في أي وقت نظراً لعدم وجود مثل هذه الوصمة لديهم أي نظراً لكونهم ليسوا معوقين. وبالتالي لا يجب على الطفل أن يجتاز اختباراً معيناً، أو أن يثبت كفاءته من خلال دراسة يتم إجراؤها عليه حتى يتم دمجه في إطار المدرسة أو المجتمع حيث أن ذلك يعد بمثابة حق أساسي من حقوقه وليس شيئاً آخر يجب على الفرد أن يكسبه.

بعض الآراء المناهضة للضم أو الاحتواء الكلي

من الجدير بالذكر أن فكرة الضم أو الاحتواء الكلي قد واجهت قدراً كبيراً من المقاومة حيث أثير ضدها على الأقل ست اعتراضات هي:

1- أن معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة والآباء يرون أن هناك حاجة لوجود متصل من التسكين البديل وأنهم كذلك راضين عن هذا الأمر.

2- أن معلمي التعليم العام لا يرغبون ولا يقدرون في واقع الأمر على مسايرة جميع الأطفال ذوي الإعاقات، وإن استطاعوا أن يقوموا بذلك فإنهم قد لا يرغبون فيه.

3- أن تبرير الضم أو الاحتواء الكلي بالتأكيد على أن الأفراد ذوي الإعاقات يمثلون أقلية يعتبر أمراً خاطئاً.

4- أن عدم رغبة مناصري الضم أو الاحتواء الكلي على أن يأخذوا الأدلة الإمبيريقية على ذلك في اعتبارهم يعتبر عدم مسئولية مهنية.

5- أن الأدلة الإمبيريقية المتاحة لا تدعم الضم أو الاحتوا الكلي.

6- أنه ينبغي على معلمي التربية الخاصة في ظل عدم توفر البيانات اللازمة لدعم نموذج تقديم خدمة معينة أن يقوموا بالإبقاء على متصل التسكين.

الرضا عن متصل التسكين والحاجة إليه

يشير المدافعون عن وجود متصل كامل للتسكين إلى أن المعلمين والوالدين والأطفال يعدون في أغلب الأحوال راضين عن درجة الدمج التي يشهدها التعليم العام في الوقت الراهن ويخبرها الأطفال المعوقون. كما أنهم يرون أن هناك حاجة للإبقاء على مثل هذه الدرجة. وتوضح الدراسات المسحية والمقابلات الشخصية أن الغالبية العظمى من آباء الأطفال المعوقين إلى جانب هؤلاء الأطفال أنفسهم قد عبروا عن رضاهم عن نسق التربية الخاصة، وخيارات التسكين المتاحة فيه. ويرى العديد من هؤلاء الأطفال كما يشير كلينجر وآخرون Klinger et.al.(1998) أنهم يفضلون برامج الانسحاب المؤقت على الخدمات التي يتم تقديمها داخل الفصل وهو الأمر الذي يمكن تفسيره على أنه دعم للإبقاء على المتصل الكامل لخيارات التسكين.

وعلى الرغم من أن معظم هؤلاء الأطفال أو الطلاب يعتبرون في الواقع غير سعداء بوصمهم بأنهم يعانون من صعوبات التعلم وما يمكن أن يترتب على تلك التسمية من آثار فإن غالبيتهم كما يشير جوترمان Guterman (1995) لا يبدون ندماً على أنهم لم يتعلموا في الفصول والمدارس التابعة للتعليم العام وهو الأمر الذي يؤكده ما أقره أحد هؤلاء الطلاب من أن الضم أو الاحتواء الكلي قد يبدو أمراً سيئاً حيث من الممكن أن يكون محرجاً بصفة أساسية لذلك الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم وهو الأمر الذي قد يزيد من آثارها السيئة. ومن ثم فإن الأمر قد يتطور إلى حدوث المزيد من الشجار بين طرفي الضم نتيجة لما قد يبدر من أحد الأطفال العاديين من تعليق على مثل هذا الطفل بأنه متخلف على سبيل المثال.

ويرى بعض النقاد أن فكرة الضم أو الاحتواء الكلي لا تجد قبولاً من جانب بعض معلمي التربية الخاصة الأصوليين أو الراديكاليين وخاصة أولئك الذين يقومون بتعليم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة جداً. وكما يشير البعض فإن غالبية الأطفال شديدي الإعاقة يستمرون في التعلم في فصول خاصة، بينما نجد أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات بسيطة أن يتم ضمهم أو احتواؤهم بشكل كامل. وعندما قام بامر وآخرون Palmer et. al. (2001) بدراسة تلك التعليقات الصادرة عن والدي الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة حول الضم أو الاحتواء وجدوا أنه على الرغم من أن بعضهم يؤيدها فإن الكثيرين منهم يشكون في إمكانية ضم أو احتواء أولئك الأطفال. وإذا ما عدنا إلى تفكير الوالدين في مثل هذا الأمر فلن يكون مدهشاً أن نواجه حقيقة أن تلك الأفكار الخاصة بالوالدين قد تم تجاهلها من جانب أولئك الأفراد الذين عملوا بقوة على حدوث الضم أو الاحتواء الكامل، والذين قاموا كذلك بدفع الأمور في هذا الاتجاه دفعاً.

ويشير دوهاني وساليند Duhaney & Salend (2000) أنه على الرغم من أن غالبية آباء الأطفال المعوقين قد تكون لديهم اتجاهات إيجابية نحو الضم أو الاحتواء فإن هناك آباء لديهم تحفظات واهتمامات غير ذلك حيث قد تتعلق مثلاً بمدى وجود معلمين مؤهلين يتولون هذا الأمر، ومدى توفر الخدمات الفردية والخاصة وعلى وجه الخصوص تلك الخدمات التي يتم تقديمها للأطفال في برامج الضم أو الاحتواء خلال مرحلة الطفولة المبكرة. وعلاوة على ذلك فإن نتائج بعض الدراسات توضح أن آباء الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة الذين انتقلوا من برامج الدمج إلى برامج الضم أو الاحتواء يعتقدون أن أطفالهم قد خسروا العديد من تلك الخدمات التي كانوا يحصلون عليها، وأصبحت تساء معاملتهم إلى جانب أن أقرانهم العاديين يبتعدون عنهم مما يعرضهم للعزلة. ويضاف إلى ذلك أن آباء هؤلاء الأطفال يواجهون مطالب مفرطة بالنسبة لوقتهم، كما يصادفون إحباطات عدة في سبيل وجود مدارس توفر برامج ضم لأطفالهم، ووجود عجز في المعلمين والمديرين ذوي الخبرة الذين يمكنهم أن يقوموا بتنفيذ الضم أو الاحتواء الكلي بالشكل المناسب.

ومن جانب آخر فإن من يتشككون في الضم أو الاحتواء الكامل لا يعارضونه بالطبع على طول الخط أو في كل الحالات، ولكنهم فقط يرون أنه غير مناسب لبعض الأطفال، ومن ثم فهم يرون أنه من الضروري أن يتم تحديد مدى الحاجة إليه على أساس الحالات الفردية أي يتم تحديده بالنسبة لكل حالة على حدة، كما أن ذلك يعد من جانب آخر أحد المطالب الرئيسية التي يعرض لها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA.

وجدير بالذكر أن هناك بعض الآباء يرون أن الضم أو الاحتواء الكلي يعد ضرورياً لأطفالهم ذوي الإعاقات الشديدة ويسوقون من هذا المنطلق أسباباً عديدة تدعم وجهة نظرهم في عملية الضم أو الاحتواء منها ما يلي:

1- أن الطفل يكتسب العديد من المهارات الأكاديمية أو الوظيفية بسبب التوقعات العالية والمستوى المرتفع من الإثارة الذي يتوفر في الفصل العادي.

2- أن الأطفال العاديين يستفيدون من رؤية الأطفال المعوقين حيث يصبحون أكثر حساسية للتعامل معهم وأكثر مراعاة لهم.

3- أن وجود الأطفال المعوقين مع أطفال عاديين يساعدهم على تعلم العديد من المهارات الاجتماعية المختلفة.

4- أن الأخوة سواء كانوا عاديين أو معوقين يذهبون إلى نفس المدرسة وليس إلى أكثر من مدرسة واحدة.

5- أن نظام العزل segregation مهما كان نوعه يعتبر خطأ من الناحية الأخلاقية، بينما يعتبر الضم أو الاحتواء صواباً من نفس الوجهة.

ومع ذلك يذهب العديد من آباء الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة إلى إبداء العديد من الأسباب التي لا تؤيد الضم أو الاحتواء منها ما يلي:

1- أن نمط أو شدة إعاقة الطفل يحد من تلك الفوائد المتوقعة من الضم أو الاحتواء.

2- أن الضم أو الاحتواء قد يضيف أعباء كثيرة إلى تلك التي تقع على عاتق معلمي التعليم العام، والطلاب الذين ينتظمون فيه، كما قد يؤثر سلباً عليهم جميعاً.

3- أن المناهج الدراسية التي يتم تقديمها في إطار التعليم العام لا تتناسب مع حاجات الأطفال المعوقين.

4- أن الطفل المعوق لا ينال الاهتمام الافي من جانب معلم التعليم العام، كما أنه لا يحصل على الخدمات الكافية في إطار ذلك النمط من التعليم الذي يتمثل في التعليم العام.

5- من غير المحتمل أن تتم معاملة الطفل المعوق بشكل جيد من جانب أقرانه غير المعوقين في إطار التعليم العام.

6- من غير المحتمل أن يستفيد الطفل المعوق من البيئة المحيطة في التعليم العام، ولكنه قد يرتبك فيها.

7- أن الطفل المعوق قد يكون صغيراً، ومن ثم فإنه يحتاج حينئذ إلى قدر أكبر من

الإشراف والنظام، وربما يكون كبيراً من الناحية الأخرى وبالتالي فإنه يكون في تلك الحالة قد اعتاد على الفصول الخاصة وهو الأمر الذي يؤثر في الحالتين على مدى استفادته من الضم أو الاحتواء.

8- أن الطفل المعوق يحتاج إلى أن يوجد وسط أطفال آخرين لديهم إعاقات مشابهة فلا يشعر باختلافه عنهم أو بأنه موصوم وسطهم، وبالتالي فإن وجوده في فصل خاص يوفر له أصدقاء حقيقيين.

9- أن الطفل المعوق قد يكون عدوانياً، أو أنه قد لا يحافظ على النظام، أو تكون لديه مشكلات سلوكية عديدة مما يؤثر سلباً على الفصل العادي.

10- أن المعلمين في التعليم العام لم يتلقوا تدريباً مناسباً يؤهلهم للتعامل مع حاجات الطفل المعوق والعمل على إشباعها.

عدم رغبة أو قدرة معلمي التعليم العام على مسايرة جميع الأطفال

مما لا شك فيه أن اتجاهات العديد من معلمي التعليم العام نحو ضم الأطفال ذوي الإعاقات في الفصول العادية لا تتسم بالحماس اللازم. وفي تعليق للعديد من هؤلاء المعلمين حول دمج الأطفال المعوقين في الفصول العادية يرى نصفهم تقريباً كما يشير سكروجز وماستروباير(1996) Scruggs & Mastropier أن الدمج قد يؤدي إلى حدوث بعض الفوائد التي قد تعود على كلا الطرفين من الأطفال.

وعلاوة على ذلك يشير موك وكوفمان (2002) Mock &Kauffman وبامر وآخرون (2001) .Palmer et.al إلى أن نسبة تتراوح بين ربع إلى ثلث هؤلاء المعلمين يرون أن لديهم الوقت الكافي للتعامل مع هؤلاء الأطفال، وأنهم يتمتعون بالمهارات اللازمة لتحقيق هذا الأمر، وأنهم قد حصلوا على التدريب الملائم لذلك، كما تتوفر لديهم المصادر اللازمة للعمل مع الطلاب المعوقين مما يساعدهم على النجاح في عملهم معهم. كذلك فإن معظم النقاد الذين يهاجمون الضم أو الاحتواء الكلي يتعاطفون مع تلك المهنة الشاقة والمهمة القاسية التي ينبغي على معلم الفصل العادي أن يقوم بها آنذاك، ويرون أن ترددهم في الموافقة على هذا الأسلوب له ما يبرره من وجهة نظرهم حيث أن تدريب جميع المعلمين كي يكونوا قادرين على إشباع حاجات جميع الأطفال ذوي الإعاقات يعد بمثابة أمر مستحيل من وجهة النظر العملية.

إقرار أن الأفراد المعوقين يمثلون أقلية يعتبر خطأ

لا ينكر معظم النقاد الذين لا يوافقون على الضم أو الاحتواء الكامل أننا نتعامل مع الأفراد المعوقين بشكل يشبه ما يحدث مع جماعات الأقليات المقهورة كالأمريكيين ذوي الأصل

الأفريقي، أو الذين ينحدرون من أصول لاتينية، أو النساء على سبيل المثال. ولما كان الأفراد المعوقون يخبرون تمييزاً واضحاً في المعاملة على أساس من إعاقتهم فإنهم بذلك يعتبرون إحدى جماعات الأقليات المقهورة.

ومع ذلك لا يرى النقاد أن وضع هذه الجماعة مع جماعات الأقليات تتم ترجمته إلى نفس القرارات التي تتعلق بالتسكين التربوي كما يحدث بالنسبة للأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي، أو الذين ينحدرون من أمريكا اللاتينية، أو النساء. كذلك فإنهم يرون أن العزل بالنسبة للأقليات الأخرى غير المعوقين لا يقوم على أسس تربوية في حين يقوم العزل بالنسبة للمعوقين كإحدى جماعات الأقليات على أسس تربوية معينة لا يمكن تجاهلها بأي حال من الأحوال. فإذا كان يتم تسكين الأفراد المعوقين في فصول خاصة أو في غرف المصادر لبعض الوقت في سبيل تحقيق قدر أكبر من الإشباع لحاجاتهم التربوية، فإن هؤلاء النقاد يرون أن تسكين أولئك الأفراد الذين ينتمون إلى الأقليات عامة في بيئات تربوية منعزلة يعد أمراً غير عادل وخاصة إذا ما تعلق ببعض العوامل التي لا ترتبط بالتعلم كلون البشرة على سبيل المثال، إلا أن مثل هذا التسكين قد يؤدي إلى حدوث نوع من المساواة أو تكافؤ الفرص إذا ما تم لأسباب ترتبط بالتعلم كقدرة الطفل على التعلم مثلاً، أو صعوبة تلك المواد التي يتم عرضها أو تقديمها، أو صعوبة إعداد المعلمين اللازمين للتدريس لهم والتعامل معهم.

وأخيراً فإن هؤلاء النقاد يتشككون كما يشير كروكيت وكوفمان (1998، 1999، 2001) Crockett & Kauffman في مدى حصول أولئك الأفراد وخاصة أولئك الأفراد المعوقين وأسرهم على أهم حقوقهم المدنية والتي يمثلها حقهم في الاختيار مع أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات قد أعطى للآباء وحتى لهؤلاء الأفراد المعوقين أنفسهم الحق في اختيار البيئة التي يرونها هي الأكثر ملاءمة لهم والأقل تقييداً إذا ما كان باستطاعتهم أن يقوموا هم بذلك وليس المناصرون للضم أو الاحتواء الكامل.

عدم الرغبة في الاستفادة من الأدلة الإمبيريقية المتاحة يعتبر عدم مسئولية مهنية

من المعلوم أن بعض المختصين كما يرى كافالي وفورنيس (2000) Kavale & Forness يرفضون الأدلة الإمبيريقية التي يقدمها بعض المناصرين للضم أو الاحتواء الكلي، وبالتالي فإنهم مع رفضهم لمثل هذه الأدلة يرفضون ضمناً الاستفادة من كل ما يمكن أن تتضمنه من معلومات مختلفة. ويعتقد هؤلاء المختصون أن القوانين والأفعال الأخلاقية عادة ما يكون لها الأهمية القصوى ولذلك فإنهم يقررون أن تلك القرارات التي تتعلق بما هو أخلاقي وما هو غير ذلك يجب أن يتم التوصل إليها من خلال البحث العلمي. كذلك فإنهم يعتقدون أنه بالنسبة لموضوع الدمج يصبح من المهم الحصول على أكبر قدر ممكن من البيانات بمزاياها وعيوبها،

ثم محاولة تطبيقها قبل أن نقرر ما إذا كانت ستتم ممارستها أم لا، والكيفية التي سيتم بها ذلك. ويرى بعض النقاد كما يشير ساسو Sasso (2001) أن العديد من مناصري الضم أو الاحتواء الكلي قد ذهبوا إلى آفاق بعيدة في عرض أسبابهم، فلجأوا إلى البلاغة في حديثهم وليس إلى الفكر أو المنطق. ومن ثم يقرر هؤلاء النقاد أن المؤيدين للضم أو الاحتواء الكلي يتاجرون بأوراق اعتمادهم كباحثي علميين في سبيل أن يصبحوا من المؤيدين أو المناصرين لهذه الفكرة، أو لكي يصبحوا أعضاء في جماعة الضغط التي تعمل على كسب التأييد لها.

الأدلة الإمبيريقية المتاحة لا تؤيد الضم أو الاحتواء الكلي

هناك بعض الدراسات التي أجريت في هذا الإطار كشفت نتائجها عن أن الضم أو الاحتواء الكامل لا يؤدي إلى حدوث الفوائد الاجتماعية أو الأكاديمية المرجوة أو المنشودة بالنسبة لجميع الطلاب حيث وجدت إحدى هذه الدراسات على سبيل المثال وهي دراسة سيل وكاري Sale &Carey (1995) أن الطلاب العاديين أي غير المعوقين لم يتقبلوا أقرانهم المعوقين في تلك الفصول التي تتبع الضم أو الاحتواء الكامل في إطار نسق التعليم العام. كما كشفت تلك النتائج التي توصلت إليها دراسة فوكس وياسيلدايك Fox & (1997) Ysseldyke عن أن تطبيق الضم أو الاحتواء الكامل لم يؤد إلى النتائج التي كان المختصون يتوقعونها منه عند التفكير فيه كبديل للدمج. وإلى جانب ذلك فقد كشفت نتائج العديد من الدراسات الأخرى كتلك الدراسات التي أجراها كل من بوكستر وآخرين Boxter (2001) et.al. وفون وآخرين Vaughn et.al. (2001) وميلز وآخرين Mills et.al. (1998) وكوك وآخرين Cook et.al. (1997) عن أن هذا النظام لم يقدم تلك الخدمات المرجوة لجميع الأطفال المعوقين بالشكل الملائم.

وعلى ذلك فقد انتهى هؤلاء الباحثون إلى أن النتائج التي توصلوا إليها تعد شبيهة بتلك النتائج التي توصلت إليها دراسات سابقة للأفراد ذوي الإعاقات الذين كانت تقدم لهم خدمات مختلفة في إطار غرف المصادر. وإلى جانب ذلك فقد أظهرت النتائج التي كشفت عنها ثلاث دراسات طولية أنه حتى بعد استثمار كميات هائلة من المصادر المالية والمهنية فإن 40% تقريباً من الأطفال ذوي صعوبات التعلم الذين تم وضعهم في تلك الفصول التي تعمل بنظام الضم أو الاحتواء الكلي كما يرى زيجموند وآخرون Zigmond et.al. (1995) قد تخلفوا عن زملائهم بشكل واضح، وهو ما تم اعتباره بمثابة معدل مؤرق في هذا الإطار. كما أوضحت نتائج الدراسات الأحدث من ذلك أن المعلمين يواجهون أعباء ضخمة في غرف المصادر تتعلق بتلك الحالات غير القابلة للترويض مما يجعلهم كما يرى مودي وآخرون Moody et.al.(2000) يقومون في مثل هذه الحالات بترك أولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم دون اكتساب أي مهارات هامة أو ضرورية في القراءة.

وفي واحدة من أكثر الدراسات شمولاً من بين تلك الدراسات التي تم إجراؤها حول موضوع الضم أو الاحتواء الكلي، وربما تكون تلك الدراسة هي الأكثر شمولاً على الإطلاق ، وهي تلك الدراسة التي أجراها زيجموند وبيكر (1995) Zigmond &Baker قام الباحثان بإجراء المقابلات مع أعضاء الهيئة التدريسية والطلاب، وقاما بجانب ذلك بإجراء العديد من الملاحظات المباشرة داخل الفصول وذلك في خمس مدارس بالولايات المتحدة الأمريكية تعمل وفقاً لهذا النظام. وقد انتهى الباحثان اعتماداً على ما تضمنته تلك الدراسة من بيانات إلى أن المعلمين لا يعملون على تفريد التعليم، ولا يخططون للأمام فيما يتعلق بإشباع حاجات الأطفال المعوقين. وفي واقع الأمر فإن التفريد الذي حدث في هذا الإطار قد تم في الغالب من جانب الأقران مستخدمين في ذلك نظام قيام الأقران بالتدريس peer tutoring أو تقديم المساعدة من جانب المعلم. وعلى هذا الأساس فقد انتهى الباحثان إلى أنه بغض النظر عن كيفية إعداد معلم التعليم العام لذلك فإن محور تلك الممارسات التي تتم في إطار التعليم العام يكون على مستوى المجموعة الكلية بحيث يقوم المعلم بتعليم مجموعة كبيرة من الطلاب، ويعمل على ترويض السلوك في إطار مثل هذه المجموعة الكبيرة، ويقوم بتصميم أدوات التقييم التي تناسب تلك المجموعة، وما إلى ذلك. إلا أن محور اهتمام معلم التربية الخاصة دائما ما يكون منصباً على المستوى الفردي فيقدم وفقاً لذلك تعليماً فردياً لكل طفل، ويعلمه السلوك المناسب اجتماعياً، ويعمل على تصميم الأدوات التي يتم إعدادها خصيصاً لهؤلاء الأطفال كي تصبح بمثابة أدوات تشخيصية وتلخيصية نخلص منها إلى النتائج المطلوبة، وما إلى ذلك.

ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم شديدة في القراءة يحتاجون في الواقع إلى تعلم القراءة بشكل خاص، ومكثف، وصريح وذلك بطريقة فردية أو في مجموعات صغيرة إذا كنا نريد لهم أن يحققوا قدراً من التعلم ذا مغزى. وعندما أجرى ماكراى وآخرون (2001).Mc Cray et.al دراسة على طلاب المدرسة المتوسطة الذين يعانون من صعوبات تعلم في القراءة وجدوا أن غالبيتهم لم يتلق تعليماً كالذي أشرنا إليه منذ قليل، ولكنهم بدلاً من ذلك تلقوا تدعيماً تعليمياً على هيئة تدريب من خلال استراتيجية تدريبية تم تصميمها لمساعدتهم على مسايرة منهج المدرسة المتوسطة في التعليم العام. ومع ذلك فقد لاحظ هؤلاء الباحثون أن برامج القراءة ذات التصميم الجيد، والمكثفة يمكن لها أن تؤدي إلى فروق كيفية في أداء التلاميذ في القراءة حتى بالنسبة لأولئك التلاميذ الذين لم يتمكنوا من ذلك ورسبوا فيها من قبل. أما فيما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية فإن فون وآخرين (2001).Vaughn et.al قد وجدوا أنه بالرغم من أن الضم أو الاحتواء الكلي قد يكون مناسباً لبعض التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم دون سواهم حيث نجد أنه لا يناسب غيرهم في ذات الوقت وفي هذا الصدد، ويؤدي بالتالي إلى زيادة موقفهم سوءاً بدلاً من تحسينه.

ومن ثم يبدو أنه لا يوجد هناك أي بديل يحل محل التحديد الفردي في سبيل تحديد أفضل وضع لتسكين الأفراد ذوي الإعاقات.

وبناء على تلك النتائج التي كشفت عنها الدراسات الحديثة فإننا نرى كما يشير مودي وآخرون Moody et.al. (2001) أن التعليم المكثف يعد مطلوباً للعديد من الأفراد ذوي الإعاقات حتى يتمكنوا من تحقيق تقدماً أساسياً ملموساً في هذا الإطار. ويتطلب مثل هذا التعليم المكثف في بعض الأحيان أن يتم في بيئات تربوية خاصة ومنعزلة كالفصول الخاصة، أو الفصول الملحقة، أو غرف المصادر على سبيل المثال. وللأسف فإن معلمي التعليم العام غالباً ما يجدوا أنه من الصعب عليهم أن يقوموا بتوفير قدر كاف من التعليم المكثف حتى في ظل وجود الدعم اللازم لمساعدة هؤلاءالتلاميذ على فهم منهج التعليم العام. كما أن التكوين الراهن لتلك البرامج التي يتم تقديمها في غرف المصادر من شأنه أن يسهم في عدم نجاحها في تحقيق الهدف منها حيث يواجه المعلم أعباء عديدة ترتبط بتلك الحالة التي يتعامل معها، ولا يمكنه من جانب آخر أن يوفر ذلك التعليم الذي يحتاجه التلميذ.

الإبقاء على متصل التسكين

يرى النقاد المناوئون للضم أو الاحتواء الكلي أن مسألة الأدلة الإمبيريقية تعتبر أمراً غير كاف، وأن ما يعد متاحاً أمامنا الآن لا يدعم أي اختيار لتقديم الخدمة، ومن الحكمة أن نأخذ حذرنا فيما يتعلق بتغيير السمات أو الخصائص الراهنة بسرعة كبيرة. ويؤكد هؤلاء النقاد على أن هناك مشكلات في النسق الراهن للتربية الخاصة، وأن هناك حاجة إلى الدمج المتزايد للتلاميذ المعوقين بما في ذلك الضم أو الاحتواء الكامل. ومن جانب آخر فإن أولئك النقاد يحذرون من خفض مدى خيارات تقديم الخدمة المتاحة في الوقت الراهن من جانب كل الهيئات التدريسية بالمدارس إلى جانب الآباء.

الممارسات المرتبطة بالدمج Collaboration and Participation in General Education classrooms

مما لا شك فيه أننا سواء كنا نوافق على مفهوم الضم أو الاحتواء الكامل، وندعمه، أم لا فإن هناك حقيقة لا تقبل الجدل هي أن معظم معلمي التربية الخاصة يوافقون على وجود درجة ما من الدمج أي تسكين الأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم العاديين في نفس الفصل. وعلى ذلك فقد قام المعلمون بابتكار عدد من الاستراتيجيات المختلفة التي يمكن بموجبها أن يتم تنفيذ الدمج. إلا أن معظم هذه الممارسات لا تزال في مراحلها التجريبية أي أننا لا نملك للآن الأدلة الكافية التي تشير إلى فعالية تلك الممارسات. ومع ذلك فإن سلطات عديدة توصي باللجوء إلى تلك الاستراتيجيات الأربع التالية :

1- فرق الحكماء أو الفرق المسئولة عن الأطفال قبل إحالتهم إلى التربية الخاصة.

2- الإرشاد المشترك.

3- التدريس التعاوني والترتيبات الأخرى المتعلقة بالفريق.

4- المناهج والاستراتيجيات التعليمية.

وسوف نقوم على امتداد الصفحات التالية بتقديم وصف مختصر لمثل هذه الاتجاهات.

1- فرق الحكماء أو الفرق المسئولة عن الأطفال قبل إحالتهم إلى التربية الخاصة

Prereferral teams PRTs

تعد مثل هذه الفرق كما يرى أورمزبي(2001) Ormsbee بمثابة مجموعات من المختصين يطلق عليها فرق الحكماء أو تلك الفرق التي تعتبر مسئولة عن الأطفال قبل أن تتم إحالتهم إلى التربية الخاصة، وأحياناً يطلق عليها الفرق المسئولة عن الأطفال قبل تقييمهم. ويعمل أعضاء هذه الفرق مع معلمي التعليم العام في سبيل الوصول إلى استراتيجيات أفضل للعمل مع أولئك الأطفال الذين يبدون مشكلات أكاديمية أو سلوكية أو إحداهما.

ويتمثل أحد الأهداف الرئيسية لهذه الفرق في جعل مسئولية هؤلاء الأطفال تقع على عاتق معلمي التعليم العام وليس على عاتق معلمي التربية الخاصة بمعنى أن مثل هذه الفرق تعمل على خفض عدد الإحالات الخاصة بهؤلاء الأطفال إلى التربية الخاصة وذلك بالتأكيد على أن معلمي التعليم العام يجب أن يقوموا بتجريب العديد من الاستراتيجيات البديلة قبل أن يقرروا أن أولئك الأطفال الذين يصعب التدريس لهم difficult -children-to teach ينبغي أن تقع المسئولية الأساسية عنهم على عاتق معلمي التربية الخاصة. ورغم أن مثل هذه الفرق قد أضحت شائعة فإنه لا توجد سوى دراسات قليلة هي التي حاولت أن تتعرف على مدى فعاليتها في هذا الإطار، أو تختبر تلك الفاعلية.

2- الإرشاد المشترك

يعتبر التعاون بين كل من معلمي التعليم العام والتربية الخاصة مفهوماً أساسياً في سبيل توفير التربية الخاصة المناسبة للفرد. ففي الإرشاد المشترك يعمل معلم التربية الخاصة أو الأخصائي النفسي كخبير في إعطاء أو تقديم النصيحة إلى معلم التعليم العام فيما يختص بالتعامل مع الطفل المعوق والقيام بالتدريس له. وفي هذا الإطار فإن معلم التربية الخاصة قد يسهم بدور فاعل في تعليم هذا الطفل حيث قد يقوم بتعليمه في غرفة المصادر، وقد يقوم معلم التعليم العام بالتدريس له في الفصل العادي بدلاً من ذلك. ويشير نول وآخرون

Noell et.al.(2000) إلى أنه يمكن استخدام الإرشاد المشترك- كما يحدث مع فرق الحكماء - في منع المعلم من إحالة الأطفال الذين يصعب تعليمهم إلى التربية الخاصة، أو يتم استخدامه بعد أن يتم التوصل إلى قرار يقومون بموجبه بإحالته إلى التربية الخاصة. وتكشف نتائج البحوث في هذا المجال عن أن الإرشاد المشترك يعد بمثابة اتجاه واعد لإشباع حاجات العديد من الأطفال ذوي الإعاقات في إطار التعليم العام إذا ما توفر من خلال الإرشاد أسلوب معين من أساليب التدخل يقوم على المتابعة المستمرة والتغذية الراجعة. ومع ذلك فلا يزال هناك الكثير الذي لا نعرفه عما يمكن أن يجعل مثل هذا الإرشاد أكثر فعالية، أو حتى غير فعال في إشباع حاجات الأطفال.

3- التدريس التعاوني والترتيبات الأخرى المرتبطة بالفريق

يرى فينيك (2001) Finnick أنه يشار أحياناً إلى التدريس التعاوني على أنه تدريس مشترك co-teaching أي يقوم به فردان في ذات الوقت، ويتم من خلاله أخذ التبادلية، والاشتراك في الإرشاد المشترك خطوة أعلى أو أبعد حيث نجد أنه وفقاً لهذا الأسلوب التدريسي يقوم معلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة بالاشتراك في التدريس في نفس الفصل بالتعليم العام الذي يضم أطفالاً عاديين أي غير معوقين، وأقراناً لهم معوقين. وهذا يعني أن معلم التربية الخاصة يأتي من الفصل التابع للتربية الخاصة (وأحياناً يظل على الدوام بالتعليم العام) ليقوم بالتدريس في فصل عادي. وإلى جانب أن هذا التدريس يؤكد على فكرة التبادلية والمشاركة فإن إحدى مزاياه التي أشار إليها مؤيدوه تتمثل في أنه يساعد معلم التربية الخاصة على معرفة تلك المطالب اليومية المرتبطة بالمنهج التي يواجهها الطفل المعوق في المدرسة العادية، وبالتالي فهو يحدد ذلك السياق الذي يجب أن يقوم فيه الطفل بالأداء الوظيفي حتى ينجح في ذلك خلال أو أثناء دمجه مع العاديين.

هذا ويمكن أن يتباين التدريس التعاوني وفقاً لمن يتولى المسئولية الأسسية في التدريس داخل الفصل سواء كان معلم التعليم العام أو معلم التربية الخاصة هو الذي يقوم بذلك، أو كلاهما معاً. وفي ضوء بعض الترتيبات يتولى معلم التعليم العام المسئولية الأولية عن تدريس المحتوى الأكاديمي في حين يقوم معلم التربية الخاصة بتدريس تلك المهارات المتعلقة بالمسايرة الأكاديمية، أو التي تساعد الأطفال على أن يسيروا في المنهج دون أن تواجههم مشكلات في هذا المضمار، ومن هذه المهارات على سبيل المثال تدوين الملاحظات، وتنظيم الواجبات المنزلية. ويعتبر هذا النمط من أنماط التدريس التعاوني شائعاً في مستوى المدارس الثانوية نظراً لأنه من الصعب على معلمي التربية الخاصة أن تكون لديهم الخبرة اللازمة في كافة المقررات الدراسية التي يدرسها هؤلاء الطلاب كالتاريخ، وعلم الأحياء، والكيمياء، واللغات المختلفة، وما

إلى ذلك. وفي ترتيب آخر يعد شائعاً في مستوى المرحلة الابتدائية يقوم كل من معلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة بالتدريس معاً كفريق، ويشتركان معاً في تخطيط وتدريس كل المحتوى لجميع الأطفال، ويقوم كل منهما بدوره كمسئول عن جوانب مختلفة من المنهج المدرسي. وفي ضوء هذا النموذج سيكون من الصعب على أي فرد يدخل الفصل أن يحدد أياً منهما هو معلم التربية الخاصة وهو الأمر الذي يعكس بما لا يدع مجالاً للشك أن معلم التعليم العام في ضوء ذلك يلم بما ينبغي تقديمه للأطفال غير العاديين مثله في ذلك كمعلم التربية الخاصة.

وعلى الرغم من ذلك فإن البحث في مجال التدريس التعاوني لا يزال في مرحلة مهده، ويرى كثير من الباحثين مع ذلك وفي مقدمتهم كوفمان وآخرون (2002) .Kauffman et.alأن نجاحه يعتمد على وجود عاملين اثنين على الأقل هما:

1- الحاجة إلى وقت كاف حتى يتم توليف الجداول الخاصة بمعلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة كي يتم التخطيط التعاوني.

2- حدوث قدر كبير من التآلف بين شخصيتي كلا المعلمين وأسلوبهما في العمل.

ونظراً لأهمية المهارات بين الشخصية في نجاح التدريس التعاوني والإرشاد المشترك فقد حذر بعض الباحثين المعلمين من تجاهل التدريس الفعلي للطلاب، بمعنى أن المعلمين الذين يشتركون في التدريس التعاوني أو الإرشاد المشترك يحتاجون إلى العمل بشكل منسجم معاً، ولكنهم لا يجب عليهم تحت أي ظروف أن يتجاهلوا أولئك الطلاب الذين يقومون بالتدريس لهم. وفضلاً عن العمل مع معلمين آخرين يشير أوجليتري وآخرون (2001).Ogletree et.al إلى أنه غالباً ما يكون من المتوقع بالنسبة لمعلمي التربية الخاصة أن يعملوا مع فريق يتألف من الآباء، وأفراد آخرين من أنظمة أو أنساق متعددة. هذا وتتمثل الفكرة الأساسية التي تكمن خلف تلك الخدمات التي تقوم على أساس الفريق في أن الأفراد المدربين في مجالات معينة ومختلفة والذين تكون لديهم خبرة ودراية في تلك المجالات ينبغي عليهم أن يفهموا جوانب حياة الطفل وأن يتعاملوا مع كل منها. ومما لا شك فيه أن هناك في برامج الضم أو الاحتواء بالإضافة إلى العديد من فصول التربية الخاصة ومدارسها قدراً أكبر من العمل ليس مع المعلمين الآخرين فحسب، بل مع الآباء وأعضاء من مجموعة مختلفة من المهن الأخرى أيضاً.

4- المناهج والاستراتيجيات التعليمية

قام المؤلفون على مدى عقود عديدة بتطوير مناهج دراسية لتزويد الأطفال العاديين أي غير المعوقين بالمعلومات اللازمة عن الأطفال المعوقين. وغالباً ما تتضمن مثل هذه المواد التي تؤلف

المناهج الدراسية أنشطة يتم اللجوء إليها في سبيل تعليم الأطفال عن الفروق بينهم بما في ذلك الإعاقات. وتركز بعض هذه المناهج كما يرى طومسون (1993) Thompsonعلى الفروق متعددة الثقافات. كما أن هناك مناهج أخرى تعد بمثابة مواد قامت منظمات معينة بإنتاجها وإعدادها، ومن هذه الجمعيات نجد على سبيل المثال جمعية إيستر سيلEaster Seal Society في أريزونا Arizona . وتتضمن تلك المناهج قدراً كبيراً من الأنشطة المختلفة، ورغم أن الكثير من المدارس تستخدم مواداً تم تصميمها بغرض تعليم الأطفال العاديين بالتعليم العام حقائق عديدة عن أقرانهم المعوقين فإن هناك جهوداً قليلة جداً قد بذلت كي يتم تقييم تلك التغييرات التي تم إدخالها على مثل هذه المناهج وذلك بشكل منتظم.

التعلم التعاوني Cooperative Learning

يعتبر التعلم التعاوني بمثابة استراتيجية تعليمية يؤكد عليها العديد من أولئك المتخصصين المؤيدين للضم أو الاحتواء، وتعتبر في ذات الوقت وسيلة فعالة يتم من خلالها دمج الأطفال ذوي الإعاقات في مجموعات مع أقرانهم غير المعوقين. ومن المعروف أن التلاميذ يقومون في التعلم التعاوني بالعمل معاً في مجموعات صغيرة غير متجانسة في سبيل حل المشكلات أو التدريب على الاستجابات المختلفة، ويكون التركيز خلاله على مساعدة بعضهم البعض في التعلم بدلاً من التنافس. ويرى بعض التربويين أن التعلم التعاوني يؤدي إلى تكوين اتجاهات أفضل من جانب التلاميذ العاديين تجاه أقرانهم إضافة إلى تكوين اتجاهات إيجابية من جانب التلاميذ المعوقين تجاه أنفسهم. ومع ذلك فإن الدراسات التي تناولت تلك المجموعات التي تتشكل في التعلم التعاوني قد كشفت عن أن التلاميذ المعوقين وخاصة أولئك الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية وأقرانهم الذين يعانون من إعاقات عقلية لا يؤدون بشكل جيد مع غيرهم في تلك المجموعات التي تتطلب منهم التعاون.

وجدير بالذكر أن تضمن الأقران في التعلم عادة ما يشار إليه كما يرى كنج – سيرز King-Sears (2001) على أنه التعلم بواسطة الأقران peer-mediated instruction أو على أنه التدخل بواسطة الأقران. وقد يشير التعليم بواسطة الأقران كما يرى فالك وويهبي Falk &Wehby (2001) إلى ما يعرف بقيام الأقران بالتدريس لبعضهم البعض peer tutoring أو استخدام تحالف الأقران في إدارة المشكلات السلوكية، أو أي ترتيب آخر يتم فيه عن عمد استقبال الأقران وتدريبهم في المساعدة على تعليم أحد الزملاء بالفصل مهارة اجتماعية أو أكاديمية معينة. ويشير فوكس وآخرون Fuchs et.al. (2001) وجاردنر وآخرون Gardner et.al. (2001) وماهيدي وآخرون Maheady e.al.(2001) فولك وكنج Fulk &King (2001) إلى أنه غالباً ما يوصى باستخدام قيام الأقران بالتدريس لبعضهم

البعض على أنه أسلوب لدمج الأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم العاديين. ومن ناحية أخرى فإن المختصين في هذا الجانب يستخدمون الأطفال المعوقين كمدربين إضافة إلى كونهم متدربين حيث نلاحظ أنه عندما يقوم الطفل المعوق بدور المدرب فعادة ما يكون المتدرب من أقرانه الأصغر منه سناً.

وعندما يتم تضمين الفصل ككل في هذه العملية التعليمية فإنه عادة ما تتم الإشارة إلى مثل هذه الاستراتيجية كما يرى جرينوود وآخرون (2001) Greenwood et.al. على أنها تدريس الأقران لبعضهم البعض على مستوى الفصلclasswide peer tutoring CWPT وهو الإجراء الذي يتم من خلاله قيام الأقران بالتدريس لبعضهم البعض بشكل روتيني وذلك من جانب كل الأطفال الموجودين بالفصل العادي فيما يتعلق بمادة دراسية معينة كالقراءة أو الحساب على سبيل المثال. وغني عن البيان أن قيام الأقران بالتدريس لبعضهم البعض على مستوى الفصل لا يعني مطلقاً عدم قيام المعلم من جانبه بتقديم التعليم اللازم، ولكنه يعني قيام الأقران بتقديم التمارين والتدريبات اللازمة لبعضهم البعض. وهناك العديد من أنماط التعلم التعاوني وتدريس الأقران لبعضهم البعض وهو الأمر الذي يحاول الباحثون فحص الأنماط الجديدة منه. وإلى جانب ذلك فإن الباحثين الذين يقومون باختبار فعالية الاستراتيجيات المختلفة للتعلم التعاوني وتدريس الأقران لبعضهم البعض يرون أن مثل هذه الأساليب تعد ذات أهمية بالغة للعديد من الأطفال المعوقين، ومع ذلك فإنها تكون عديمة الجدوى لبعضهم الآخر. وهذا يؤدي بنا إلى التأكيد على أهمية التحديد الدقيق لذلك التطور أو التحسن الذي يحدث لكل طفل على حدة حتى نتمكن من تقييم مدى فعالية أي اتجاه أو مدخل تعليمي يتم استخدامه أو اللجوء إليه في سبيل ذلك.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك ما يعرف بالمشاركة الجزئية من جانب هؤلاء الأطفال في الأنشطة partial participation وهو ما يعني قيام الأطفال ذوي الإعاقات بالمشاركة إلى حد ما في كل الأنشطة التي يتم تقديمها للأطفال في الفصل العادي بالتعليم العام. ومع ذلك فهناك شك فيما يتعلق بدمج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة أو الإعاقة الجسمية الشديدة مع أقرانهم العاديين ومشاركتهم الجزئية في تلك الأنشطة التي يتم تقديمها لهم حيث ينظر البعض إلى ذلك على أنه يعد بمثابة مضيعة للوقت نظراً لأن مثل هؤلاء الأطفال لا يمكنهم الاستفادة من تلك الأنشطة وذلك بنفس الطريقة التي يمكن بها لأقرانهم غير المعوقين الاستفادة منها. وبدلاً من استبعاد أي شخص من هذه الأنشطة فإن المؤيدين لتلك المشاركة الجزئية يوصون بأن يقوم المعلم باستخدام بعض استراتيجيات المواءمة مع هؤلاء الأطفال مثل تقديم المساعدة اللازمة لأداء الأجزاء الأكثر صعوبة في المهمة، أو تغيير تلك القواعد التي

تحكم اللعبة أو النشاط حتى يصبح أقل صعوبة، أو تغيير ذلك الأسلوب أو تلك الطريقة التي يتم من خلالها تنظيم أو عرض المهمة المستهدفة أو النشاط المقدم. ومما لا شك فيه أن تلك الأهداف التي تكمن خلف المشاركة الجزئية تعتبر في جوهرها أهدافاً مزدوجة تتمثل فيما يلي:

1- أن تعرض الطفل المعوق للمحتوى الأكاديمي الذي يمكن أن يفتقده في أغلب الأحيان حيث قد لا يراه البعض على أنه مناسب له فيبتعدون بالتالي به عنه.

2- أنها تساعد الأطفال ذوي الإعاقات في تحقيق درجة أكبر من التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم غير المعوقين أي العاديين.

بعض الأمور ذات الأهمية بالنسبة للضم

مع بداية القرن الحادي والعشرين تزايد الاهتمام بموضوع الضم أو الاحتواء الكلي من خلال التأكيد على ما يعرف بالإصلاح المدرسي وخاصة تلك الإصلاحات التي تحدد معايير مرتفعة نتوقع أن تنطبق على جميع الأطفال. وإذا كان بإمكاننا أن نخمن أي اتجاه يمكن أن تسير فيه مثل هذه المسألة الجدلية كما يرى كوفمان (1999- 2000) Kauffman فإن هناك ثلاثة أبعاد لتلك المسألة يبدو من المحتمل بالنسبة لها أن تسود، ويمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

1- هناك مسألة هامة تتعلق بشرعية التسكين غير النمطي والذي يثار في ضوئه سؤال هام وأساسي حول مدى توفر مكان معين يمكن الدفاع عنه لدى فصول ومدارس التربية الخاصة وذلك من بين تلك البدائل التي تتاح للأطفال ذوي الإعاقات في التعليم العام. وإذا كانت الإجابة عن ذلك السؤال بالإيجاب يصبح من المحتمل أن نرى ونلمس تأكيداً متجدداً يتعلق بمزايا مثل هذا العرض الذي يتعلق بالتسكين الخاص أو التسكين بمدارس أو فصول التربية الخاصة.

2- إذا لم يكن بإمكان الطفل أن يصل أداؤه الوظيفي في تلك المناهج التي يتم تقديمها بالتعليم العام إلى الشكل المناسب أي الذي يساعده على إحراز النجاح فهل نتركه في بيئة التعليم العام أو يتم تعليمه في مكان بديل مع أطفال لديهم حاجات تعليمية مشابهة. وإذا ما رأينا على أثر ذلك أنه يجب أن يبقى في بيئة التعليم العام فإنه يصبح علينا أن نجد تلك الأساليب المناسبة التي يمكننا بموجبها أن نتخلص من وصمة الفشل التي لحقت به في تلك البيئة وذلك من جانب كل من التلميذ والمعلم حتى لا نستمر في النظر إليه على أنه قد فشل في تحقيق توقعاتنا التي كنا ننتظرها منه.

3- يجب علينا أن نولي اهتماماً متزايداً لنوعية التعليم التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يتم تسكينهم في بيئات بديلة.

وفي هذا الإطار يرى فون وآخرون (Vaughn et.al.(1998 ومودي وآخرون (2000) Moody et.al. أن ذلك التعليم الذي يتم تقديمه في غرف المصادر التي يقوم أولئك الأطفال بالدراسة فيها لم يكن هو ذلك التعليم الفعال، أو المكثف، أو الفردي الذي يجب أن يميز التربية الخاصة. ومن هذا المنطلق فإن المشكلة الحرجة التي تواجه التربية الخاصة اليوم قد لا تتمثل في أن الأطفال ذوي الإعاقات يتم أحياناً تعليمهم في بيئات منفصلة، ولكن في أن معلمي التربية الخاصة أيضاً نادراً ما يستغلون فرصة مثل هذه البيئات لتقديم ذلك النوع من التعليم الذي يحتاجه هؤلاء الأطفال. ونحن لا نستطيع أن نزيد من تأكيدنا على أهمية التعليم المكثف في إشباع حاجات الأطفال ذوي الإعاقات. وفي رأينا فإننا يجب أن نضع الأطفال ذوي الإعاقت في ذلك المكان الذي يكون من الأكثر احتمالاً أن يتم تقديم مثل هذا النوع من التعليم فيه.

المشاركة في التقييم العام لمدى التحسن الذي يطرأ على الطفل

شهد عقد التسعينيات من القرن الماضي كما يرى بوجاش ووارجر(2001) Pugach & Wargerوفين وآخرون (Finn et.al. (2001 وثورلو وآخرون (Thurlow et.al.(2001 وثورلو Thurlow (2000) اهتماماً كبيراً من القائمين على السياسة الفيدرالية والسياسة المتعلقة بكل ولاية بما أدركوه على أنه انحدار عام في مستوى التحصيل الأكاديمي للتلاميذ. ونتيجة لذلك فقد ركزوا على تلك الإصلاحات التي ترتبط بمعايير معينة، وقد تضمنت مثل هذه الإصلاحات وضع معايير معينة للتعليم أو التحصيل يمكن قياسها باستخدام مقاييس مقننة أو إجراءات أخرى تتعلق بالتقييم. وقد شعر القائمون على الإصلاح أن توقعات المعلمين كانت منخفضة جداً، ومن ثم فإنه يجب أن توضع معايير أعلى لأداء التلاميذ.

الاتجاهات السائدة في تقييم ذوي الإعاقات في إطار الضم

نظراً لأن التربية الخاصة تعد بمثابة جزء متكامل من نسق التعليم العام في الولايات المتحدة الأمريكية فقد تم تحديد معايير مرتفعة للأطفال ذوي الإعاقات حيث ساد شعور واعتقاد بأن التوقعات التي وضعناها لهؤلاء الأفراد كانت منخفضة جداً في نسق التربية الخاصة، وأنه لا يجب أن نتوقع منهم أن يقوموا فقط بتعلم المنهج العام، ولكن أن يصل أداؤهم الوظيفي أيضاً إلى مستوى يمكن مقارنته بمستوى أقرانهم غير المعوقين وذلك عند تقييم ما يمكن أن يطرأ عليهم من تحسن. وعلاوة على ذلك يرى القائمون على الإصلاح أن

كل مدرسة وكل ولاية يقع على عاتقها مسئولية حدوث قدر معقول من التحسن في استيعاب المنهج المقرر في مدارس التعليم العام وذلك من جانب الأطفال ذوي الإعاقات.

وقد ركزت حركة الإصلاح القائم على المعايير التي انتشرت في العقد الأخير من القرن الماضي على قيام الأطفال ذوي الإعاقات بتعلم تلك المناهج التي يتم إقرارها بمدارس التعليم العام حيث غالباً ما تشهد المناهج المخصصة للأطفال المعوقين اختلافاً عن مثيلاتها التي تقرر في مدارس التعليم العام. هذا وقد تم تفسير عدم القدرة على القيام بتدريس الأطفال ذوي الإعاقات تلك الأشياء التي يتم تدريسها في مدارس التعليم العام بأن ما نتوقعه من هؤلاء الأطفال لا يزيد عن كونه أكثر انخفاضاً في مستواه عما نتوقعه من أقرانهم غير المعوقين وهو الأمر الذي ينعكس على مستوى تحصيلهم المنخفض، وعدم قدرتهم على الانتقال الناجح إلى حياة الراشدين.

وفضلاً عن ذلك فإنه غالباً ما يتم كما يرى هيوفنر Huefner (2000) وثورلو (2000) Thurlow وغيرهما من الباحثين استبعاد أو عدم تضمن أولئك الأطفال ذوي الإعاقات في ذلك التقييم الخاص بالتحسن التربوي الذي يتم على المستوى القومي أو حتى على مستوى الولايات. ونتيجة لذلك فإنه لا يوجد لدينا سوى قدر ضئيل من المعلومات التي تتعلق بكيفية تطورهم في هذا الجانب قياساً بأقرانهم العاديين، أو بتلك الكيفية التي يمكن أن تؤثر بها الإصلاحات التربوية عليهم. هذا وقد أفرزت حركة الإصلاح القائمة على المعاييرstandards-based reform movement التي شهدها العقد الأخير من القرن الماضي الكثير من المشاريع التي تم تصميمها كي تتضمن الأطفال المعوقين وذلك في تقييم مدى التطور أو التحسن التربوي الذي يمكن أن يطرأ عليهم سواء كان ذلك على المستوى القومي أو على مستوى الولايات. ومن جانب آخر فإن التعديل الذي لحق بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA في عام 1997 قد نادى بضرورة احتواء مثل هؤلاء الأفراد في مثل هذه التقييمات عامة.

وللأسف فإن حركة الإصلاح القائمة على المعايير قد أحيطت بقدر كبير من الجدل الذي دار حول عدد من الأسئلة الرئيسية في هذا الصدد على رأسها ما يلي:

1- ما هي المعلومات المختلفة التي يجب أن يتألف المنهج منها؟

2- ما هو ذلك الشكل الذي يجب أن يكون المنهج عليه؟

3- ما هي المعايير المطلوبة التي يجب أن يتم تصميم المنهج في ضوئها؟

4- من الذي يجب أن يقوم بتحديد مثل هذه المعايير؟

5- كيف يمكن أن نقيس مستوى تحصيل هؤلاء الأطفال في ضوء ذلك أو نقيس مدى تطورهم باتجاه تلك المعايير؟

6- ما هي النتيجة التي ستعود على التلميذ أو المدرسة أو الولاية إذا لم يتم انطباق مثل هذه المعايير على الطفل؟

7- ما هو المنهج الذي يجب أن يتم تقديمه لهؤلاء الأطفال؟

8- تحت أي الظروف ينبغي أن يتم تقديم منهج مختلف لهم عن ذلك المنهج الذي يتم تقديمه في التعليم العام؟

ولا يخفى علينا أن هناك العديد من الأسئلة الأخرى التي تثار في هذا الصدد وذلك فيما يتعلق بأولئك الأطفال ذوي الإعاقات من بينها ما يلي:

1- هل يجب أن تنطبق كل المعايير على جميع الأطفال بغض النظر عن نوعية الإعاقة في حد ذاتها؟

2- ما هي النتائج التي يمكن أن تترتب على عدم انطباق معيار معين على الطفل المعوق؟

3- تحت أي الظروف يمكن أن تصبح تلك المعايير البديلة مناسبة؟

4- تحت أي الظروف ينبغي أن تحدث تواؤمات خاصة معينة حتى يتم تقييم مدى التحسن أو التطور الذي يحدث باتجاه معيار معين؟

ومع هذا تظل الإجابة على أسئلة من هذا القبيل رهناً بوجود حكم مهني على مستوى كل طفل أي أننا يجب أن نتناول كل طفل كحالة مستقلة وهو الأمر الذي حدده القانون أيضاً. ومن جانب آخر فإن تضمن الأطفال ذوي الإعاقات في تقييم ذلك التطور الذي يتعلق بالمنهج المقدم في التعليم العام ينبغي أن يتم تناوله أيضاً في كل خطة تعليم فردية. وعلى الرغم من أن القانون يحدد أن بعض الأطفال ذوي الإعاقات لديهم حاجات تربوية معينة لا يتم تناولها أو التطرق إليها حتى يتم إشباعها في المنهج المقدم بالتعليم العام فإن خطة التعليم الفردية الخاصة بكل طفل يجب أن تتضمن تقريراً بتلك الأهداف السنوية التي يمكن قياسها بما في ذلك الأهداف قصيرة المدى التي ترتبط بما يلي:

1- إشباع حاجات الطفل التي تنتج عن إعاقته حتى نساعده على الانغماس في المنهج المقدم بالتعليم العام وتحقيق التقدم المنشود فيه.

2- إشباع الحاجات التربوية للطفل وما يرتبط بها من حاجات تنتج عن إعاقته.

وبذلك فإن الفريق المسئول عن تطبيق خطة التعليم الفردية الخاصة بالطف يجب أن يصل

إلى تحديد فردي يتعلق بتلك الكيفية التي يمكن لهذا الطفل أو ذاك أن يشارك بها في ذلك المنهج المقدم بالتعليم العام إضافة إلى تحديد أي الحاجات التربوية هي التي لن يتم إشباعها عند دمج الطفل واحتوائه في التعليم العام وتقديم مناهج التعليم العام له، وهي ما يجب أن يتم تناولها في خطة التعليم الفردية الخاصة به. ويتضمن ذلك أولئك الأطفال الذين يتم تعليمهم في فصول أو مدارس منعزلة خاصة بهم.

ويذهب ييل وشراينر Yell & Shriner (1997) إلى أن الفريق المسئول عن خطة التعليم الفردية يجب أن يحدد أي أجزاء من المنهج هي التي ترتبط بكل طفل في التربية الخاصة، وبالتالي أي أهداف، وأي معايير هي التي ترتبط به. وقد يكون من الممكن أن تصبح كل الأهداف التي يسعى المنهج إلى تحقيقها وثيقة الصلة بذلك بغض النظر عن ذلك المكان الذي يتم فيه تقديم التعليم لهم. وفي هذه الحالة فإن الطفل يجب أن يشارك في التقييم العام الذي يتم على مستوى الولاية حتى ولو تطلب الأمر أن تكون هناك بعض المواءمات. ولا يخفى علينا أنه إذا كان التعليم الذي يقدم للطفل يتناول بعض أهداف المنهج فقط فإن ذلك يعني أن هناك مشاركة جزئية من جانب الطفل، وفي مثل هذه الحالة تصبح هناك خطة تقييم معدلة للطفل. أما إذا كان الطفل يعمل وفقاً لأهداف أدائية ومعايير تعتبر فريدة بالنسبة لوضعه أو موقفه، ونظراً لعدم وجود أي جزء من المنهج يعد ملائماً له حتى بعد إدخال بعض التعديلات عليه فإن الاشتراك في التقييم العام لا يعد هو الوسيلة الملائمة في ظل مثل هذه الظروف. وعلى هذا الأساس فإنه ينبغي أن يكون هناك خطة توضح تلك الكيفية التي يمكن بموجبها أن يتم تقييم الطفل، وأن تمثل تلك الخطة جانباً من خطة التعليم الفردية الخاصة به.

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض أنماط من المواءمات يمكن اللجوء إليها بغرض تقييم هؤلاء الأطفال من أهمها ما يلي:

أولاً : المرونة في الوقت:

1- أن يكون وقتاً ممتداً للأداء.

2- أن يتم تحديد أطوال بديلة لأجزاء معينة من الاختبار فتكون أقصر أو أطول من غيرها.

3- أن يكون هناك قدر أكبر ومتكرر من فترات الراحة.

4- أن يتم عقد جلسات مطولة للاختبار على مدى عدة أيام.

ثانياً: المرونة في المكان:

1- أن يتم اختبار الطفل بمفرده في غرفة الاختبارات أو في حجرة منفصلة.

2- أن يتم اختباره وسط مجموعة صغيرة من الأطفال.

3- أن يتم اختباره في المنزل.

4- أن يتم اختباره في أحد فصول التربية الخاصة.

5- أن يتم اختباره في غرفة ذات إضاءة خاصة.

ثالثاً : الأسلوب البديل للعرض :

1- أن يتم تقديم نسخة مكتوبة بطريقة برايل أو بخط ذات حجم كبير.

2- أن تتم الإشارة للتعليمات.

3- أن يتم تفسير التعليمات بطريقة بسيطة وواضحة.

4- أن تقدم التعليمات للطفل مسجلة على شريط كاسيت.

5- أن يتم التأكيد على كلمات مفتاحية معينة.

رابعاً: الأسلوب البديل للاستجابة :

1- أن تتم الإشارة إلى الاستجابة.

2- أن يتم استخدام نماذج جاهزة للاستجابة.

3- أن تتم الاستجابة باستخدام لغة الإشارة.

4- أن يتم استخدام جهاز كمبيوتر لذلك.

5- السماح بالإجابة في كتاب الاختبار.

وجدير بالذكر أن تلك المواءمات التي تلحق بإجراءات التقييم تتضمن في الغالب فتح الوقت المحدد للاستجابة، وتغيير المكان الذي يتم فيه التقييم، واستخدام صيغ بديلة إما لعرض وتقديم المهام المتضمنة أو لنمط الاستجابة المطلوبة. وهناك العديد من الأمثلة لأنماط المواءمات التي نقوم بها للأطفال ذوي الإعاقات عند تقدمهم للاختبارات أشرنا لها للتو. وقد تؤدي مثل هذه المواءمات إلى حدوث فروق دالة في تلك الكيفية التي يتمكن الأطفال ذوو الإعاقات بموجبها من أداء العديد من الاختبارات المقننة كما يرى تندال وآخرون (1998) Tindal et.al. وعلى هذا الأساس فإن التأكد من أنه قد تم تقييم الأطفال باستخدام بعض المواءمات الملائمة في ضوء الإعاقة أو الإعاقات التي يعانون منها يمثل أمراً غاية في الأهمية عندما يتم تضمين أولئك الأطفال في عمليات تقييم التطور الذي يمكن أن يحدث.

بعض الأمور المتصلة بتقييم تحسن الطفل

مما لا شك فيه أن الحركة الحالية للإصلاح القائم على المعايير سوف تواجه العديد من المشكلات التي تتعلق بجميع الأطفال وخاصة أولئك الذين يعانون من الإعاقات. وفضلاً عن ذلك فإنه بالرغم من أن البعض يرى أن المعايير الموحدة أو التوقعات سوف تؤدي إلى حدوث قدر أكبر من المساواة بين التلاميذ فإن بعضهم الآخر يشعر كما يشير ماكنيل McNeil (2000) بالقلق إزاء إمكانية حدوث عدم مساواة بين التلاميذ وخاصة فيما يتعلق بتلك الأمور العرقية التي تميز الأقلية من هؤلاء الأطفال المعوقين.

ومن الملاحظ أن تحديد معيار معين في أي مجال من مجالات الأداء يرتبط به عدم قدرة نسبة قليلة جداً من الأفراد على إدراكه أو تحقيقه، ومن ثم فإن مثل هذا المعيار سوف يتم إدراكه في النهاية على أنه منخفض. أما تحديد معيار على الجانب الآخر لا يستطيع العديد من الأفراد الوصول إليه فسوف يتم إدراكه ولو بعد مضي بعض الوقت على الأقل على أنه مرتفع. ولكن من هو المسئول عن عدم قدرة شخص معين على الوصول إلى معيار معين، وفي المقابل من هو ذلك الشخص الذي يجب أن نهنئه على وصول الطفل إلى معيار معين وربما تجاوزه لذلك المعيار؟ وهنا نؤكد على أن الأمر برمته يتوقف على تقييمنا لتلك الجهود التي يبذلها كل من المعلم والتلميذ في هذا الإطار. ومع ذلك فإن هناك شيئاً واحداً مؤكداً في هذا الصدد يتمثل في أن تلك المعايير لا تؤدي إلى حدوث نوع من التجانس سواء في التحصيل أو التوقعات، أي التحصيل من جانب الطفل، والتوقعات من جانبنا نحن في غالبيتها. وبذلك فإن النتائج التي سوف تترتب على الإصلاح القائم على المعايير وذلك بالنسبة للأطفال المعوقين أو غير المعوقين سوف تصبح أكثر وضوحاً مثلها في ذلك كتلك الإصلاحات التي يتم تنفيذها، والمعايير التي يتم تحديدها. ومع ذلك تظل ضرورة قيام الأطفال ذوي الإعاقات أو أولئك الذين لا تناسبهم الاختبارات المدرسية بشكلها المعتاد لسبب أو لآخر بأداء اختبارات على مستوى الولاية كما يراها البعض عملاً شاقاً وقاسياً سواء بالنسبة للمعلم أو للأطفال.

وفي هذا لإطار تقدم بيكسي هولبروك Pixie Holbrook وهي معلمة للتربية الخاصة وصفاً لذلك العذاب الذي مرت به هي شخصياً وإحدى طالباتها تدعى سارة Sarah بالصف الرابع كانت تعاني من صعوبات التعلم وذلك بالنسبة لذلك الاختبار الذي تم عقده لها على مستوى الولاية. وهي وإن كانت ترى أن سارة تلميذة جيدة ومجتهدة فإنها ترى مع ذلك أن معاناتها من إحدى صعوبات التعلم قد جعل المهارات اللازمة لمثل هذا الاختبار غير متوفرة لديها. وتضيف أن سارة كانت تعلم أنها لا تعلم، كما أنها كانت تعلم أنني أعلم أنها لا تعلم وهو ما كان يعد أمراً قاسياً للغاية بالنسبة لها، ويشعرها بضآلة قدرها.

وأثناء الاختبار مرت سارة بخبرة قاسية جعلتها تظل ساكنة، وكانت عيناها مبللتين بالدموع مع أنها حاولت كثيراً أن تؤكد أنها على ما يرام، ولكنها مع ذلك كانت على وشك البكاء ولم تستطع معلمتها أن تفعل لها أي شيء سوى أن تطالب بحصولها على فترة راحة، وأن يتم السماح لها بذلك. وعندما شرعت سارة في القراءة بدت وكأنها في الصف الثاني مع أن القصيدة التي تضمنها الاختبار كانت في مستوى الصف الخامس، ومع ذلك فقد حاولت أن تجيب على كل الأسئلة التي تضمنها الاختبار. وترى هولبروك (2001) Holbrook أن هذا أمر غير أخلاقي، ولا يحمل أي معنى للتسامح حيث لا يجب أن يكون هناك اختبار موحد لكل الأطفال ذوي الإعاقات على مستوى الولاية. ومن جانب آخر فإن احتمال حدوث تحيز في الاختبار يجب أن يوضع في الاعتبار. وعلى ذلك فإنه من المحتمل أن يكون للاعتراض على كل الاختبارات والمعايير أثر عكسي أو مضاد. وكما يشير ثورلو وآخرون (2001) Thurlow et.al. فإنه على الرغم من تلك المخاطر المحتملة للأنساق التربوية القائمة على النتائج results based فإن هناك فوائد محتملة يمكن أن تعود على كل التلاميذ بما فيهم التلاميذ ذوي الإعاقات الذين ينحدرون من خلفيات ثقافية متعددة. ومع توفر المعلومات عن تلك الكيفية التي يؤدي بها مثل هؤلاء الأطفال، ومثلها من تلك المعلومات المشابهة التي يتم الحصول عليها بالنسبة للأطفال الآخرين يمكننا أن نقرر أن ذلك النسق التربوي الذي نسير وفقاً له يعد فعالاً أم لا. وتعتبر مثل هذه المعلومات ضرورية وخاصة عندما نبدأ في تحسين الفرص التعليمية التي نتيحها لهؤلاء الأطفال حتى يتمكنوا من تحقيق العديد من النتائج التربوية الهامة في هذا الصدد.

استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة Access to New Jechnologies

مع تعقد التكنولوجيا وأساليبها المستخدمة في المجال التربوي على وجه الخصوص أصبح موضوع الاستقلالية أمراً أكثر أهمية حيث أنه إذا كانت التكنولوجيا تسمح للأفراد ذوي الإعاقات بأن يقوموا بشيء معين لا تستقيم حياتهم بدونه فإنها بذلك تصبح من الأمور الضرورية لهم التي تزداد أهميتها باستمرار، أما إذا كانت تسمح لهم بأداء شيء جديد أو أفضل، ولكنها في الوقت ذاته تفرض عليهم نواحي قصور معينة وجديدة فإننا يجب أن نعيد التفكير في فوائدها من جديد.

إن التطورات التكنولوجية بكل أنماطها قد تكون لها تطبيقاتها العديدة بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات، ومع ذلك فإن هناك نمطين منها لهما أهمية خاصة في هذا الصدد هما:

1- التطورات التكنولوجية الطبية.

2- التطورات التكنولوجية الخاصة بالتواصل.

وتعد التطورات التكنولوجية في المجال الطبي من التطورات التي يثار حولها الكثير من الجدل والذي يكاد يتركز حول قضية لها أهميتها ومغزاها تتمثل في أنه إذا كان هناك شيء يمكن أن يحدث أو يتم فإنه ينبغي له أن يتم. ومن هذه التطورات على سبيل المثال تأتي عمليات زرع قوقعة الأذن cochlear implantationأي الاستعانة بأذن داخلية صناعية وهو الأمر الذي سوف نناقشه في الفصل التاسع لتثير تساؤلاً عن ضرورة استخدامها حتى نتيح الفرصة بذلك للأطفال الصم كي يتمكنوا من سماع تلك الأصوات المحيطة بهم، وهل يجب أن نقوم بتصحيح الإعاقات جراحياً قبل أن تتم الولادة إذا ما كان ذلك ممكناً؟ وهل يمكن الاستعانة بنتائج تلك البحوث التي تم إجراؤها حول خلايا الجنين في سبيل علاج أو تصحيح الإعاقات الجسمية إذا ما كان من الممكن القيام بذلك؟ وتعتبر مثل هذه التساؤلات مجرد أمثلة لتلك المسائل الجدلية التي تتم إثارتها في هذا الإطار، والتي تمثل أموراً أخلاقية سوف نناقشها في فصول لاحقة.

ينص القانون على توفير خدمات التدخل المبكر للأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة

ومن ناحية أخرى فإن الوسائل التكنولوجية الخاصة بالتواصل أحياناً ما تتداخل مع تلك الأساليب التكنولوجية الطبية ومنها بالطبع القواقع الصناعية للأذن، ولكنها مع ذلك لا تتداخل عادة مع بعضها البعض حيث أننا عادة ما نفرق بين أمرين هما الجهاز في حد ذاته، وطريقة استخدام ذلك الجهاز. وقد يتمثل أكثر هذه الأمور أهمية في الوقت الراهن في مساعدة

الأفراد ذوي الإعاقات على استخدام الشبكة الدولية للمعلومات وهو الأمر الذي قد يتطلب اللجوء إلى بعض المواءمات التي يمكن أن تسمح للواحد منهم أن يستخدم لوحة المفاتيح أو الفارة mouseأو يتمكن من قراءة أحد العروض البصرية المعينة إلى غير ذلك من الأمور ذات الأهمية في هذا المضمار. وسوف نناقش بعض هذه المواءمات في الفصلين الحادي عشر والثاني عشر.

الاتجاهات السائدة في مجال استخدام التكنولوجيا الحديثة في التربية الخاصة

يشير كوندون وتوبين (2001) Condon &Tobin وواير (2001) Wyer إلى أنه مع تقدم التكنولوجيا في معدلها وخطاها فيما يتعلق بهذا المجال تقدمت تطبيقاتها في الحياة اليومية لهؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات. وقد أدت تلك الأساليب التكنولوجية بطرق عديدة إلى توسيع مجال قدرات الأفراد غير المعوقين لتناول المعلومات، والتواصل، والسفر والتنقل، وأداء العديد من المهام في الحياة اليومية.أما الاتجاه السائد في هذا المجال فيذهب كما يشير بيشا وكويني (2001) Pisha& Coyne باتجاه وضع حاجات كل المستخدمين الذين يحتمل استخدامهم لتلك الأساليب التكنولوجية في الاعتبار عند تطويرها، وهذا ما يعرف بالتصميم العالمي. universal designففي فن العمارة على سبيل المثال نجد أنه بالنسبة لتصميم الأدوات الجديدة، وتصميم البرامج التعليمية أو التثقيفية يلاحظ أن الاتجاه السائد فيها يميل باتجاه جعل الأساليب التكنولوجية المستخدمة فيها، أو المنتجات التكنولوجية المختلفة يتم استخدامها من جانب أبر قدر ممكن من الأفراد الذين يمثلون النسبة المحتملة من المستخدمين.

ويعد استخدام الشبكة الدولية للمعلومات من جانب الأفراد ذوي الإعاقات والذي ازداد بصورة واضحة في الوقت الراهن اتجاهاً سائداً في هذا المجال له دلالته الهامة ومغزاه بالنسبة لمثل هذه التصميمات. ويمكنك عزيزي القارئ أن تزور موقع المعهد القومي لبحوث الإعاقة والتأهيل، ووزارة التربية الأمريكية إلى جانب هيئات أخرى عديدة ذات صلة بمثل هذا الموضوع حتى يمكنك أن تتعرف على الجديد فيه.

بعض الأمور ذات الأهمية

يتمثل أحد الأمور الهامة فيما يتعلق بالأساليب التكنولوجية في الثمن الذي تتكلفه تلك الأساليب والوسائل حيث تكون الأدوات أو الوسائل أو الإجراءات الجراحية المختلفة باهظة التكاليف في البداية مما يجعل استخدامها المباشر من جانب جميع الأفراد أمراً يفوق القدرة المالية للعديد من العملاء. وعلى الرغم من ذلك فإن دخول الأساليب التكنولوجية إلى الحياة

يهدف التصميم العالمي لأي منتج إلى الاهتمام بحاجات كل العملاء أو المستخدمين

اليومية يتطلب إنتاجها بالجملة وهو ما يؤدي إلى انخفاض ثمنها بشكل ملفت.

ومن الأمور التي نتوقع أن يزداد الجدل حولها ما إذا كان يجب أن نؤدي تلك الأشياء التي يمكننا أن نقوم بها باستخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة أم لا، أي أنه إذا كان للفرد أن يؤدي شيئاً ما بواسطتها كالسمع مثلاً، ولا يمكنه أن يؤديه إلا بها، فهل يقوم بذلك أم لا مهما كانت التبعات إذ أن إتاحة مثل هذه الوسائل قد أدى إلى ظهور مشكلات أخلاقية عديدة وذلك في سبيل الحد من نواحي القصور التي يعاني هؤلاء الأفراد منها سواء اعتبرناها إعاقات أم لا حيث ستتزايد قدرتهم على السمع، أو الرؤية، أو المشي، أو التواصل في السنوات القادمة.

وفضلاً عن ذلك فهناك أمر آخر يرتبط ظهوره بتلك الأساليب التكنولوجية الحديثة يتعلق بذلك التوقيت الذي نقرر فيه أننا قد وصلنا إلى حدود التصميم العالمي وما تم تحديده له من معايير، وبالتالي فإننا يجب أن ننتقل إلى إنتاجه. وهنا نلاحظ أن المبتكرين والمصممين يبذلون قصارى جهدهم كي يبدوا أذكياء منذ البداية فيما يقدمونه. ولكن قد لا يوجد هناك من يتأكد من أنه قد تم التركيز على تلك الحاجات الخاصة بمستخدم متوقع، أم أن مثل هذا الأمر لم يحدث. وقد يقرر أحدهم عند نقطة معينة إنتاج وسيلة تكنولوجية معينة، أو منتج تكنولوجي معين في ظل افتراض أن التصميم المقدم يعد عالمياً.

التدخل المبكر Early Jntervention

يعتقد معظم التربويين وعلماء الاجتماع كما يشير بايلي (2000) Bailey وفيل وآخرون(2000) Feil et.al. وجالافر (2000) Gallagher وسيرنا وآخرون (2000) Serna et.al. وسميث (2000) Smith وسبراجو وواكر(2000) Sprague &Walker وزيجلر وستيفكو (2000) Zigler &Styfco أنه كلما تم اكتشاف الإعاقة في وقت مبكر من حياة الفرد، وكلما بدأنا في استخدام برنامج تربوي أو علاجي معين آنذاك كانت النتائج أفضل

بالنسبة للطفل. وفي واقع الأمر هناك ثلاث نقاط جدلية هامة تميز التدخل المبكر كما يشير كايزر Kaiser (2000) يمكن أن نعرض لها كما يلي:

1- أن التعلم المبكر من جانب الطفل يوفر الأساس للتعلم التالي أو اللاحق من جانبه، وبالتالي كلما أسرعنا باستخدام برنامج خاص للتدخل كان من الأكثر احتمالاً أن يستمر الطفل في تعلم مهارات أكثر تعقيداً.

2- من المحتمل أن يعمل التدخل المبكر على توفير الدعم اللازم للطفل والأسرة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يساعد في منع الطفل من تطوير مشكلات أو إعاقات إضافية.

3- يمكن للتدخل المبكر أن يساعد الأسرة على التكيف لوجود طفل معوق لها حيث يوفر للوالدين تلك المهارات التي يحتاجان إليها للتعامل مع طفلهما بشكل فعال في المنزل، كما أنه يساعد الأسرة أيضاً على إيجاد وتوفير تلك الخدمات التي ترتبط بالدعم الإضافي التي قد يحتاجون إليها مثل الإرشاد، أو المساعدة الطبية، أو المالية.

ومن الجدير بالذكر أن أولئك الأطفال الذين تتم إعاقتهم في سن مبكر جداً من حياتهم يميلون إلى أن يكونوا هم الذين يعانون من متلازمات مرضية معينة مثل متلازمة أعراض داون Down`s syndrome على سبيل المثال، أو من الإعاقات الجسمية الواضحة. ومن جانب آخر فإن الكثير من هؤلاء الأطفال تكون لديهم إعاقات شديدة أو متعددة. وقد يتم تصنيف أولئك الأطفال ذوي الإعاقات حتى أثناء وجودهم بصفوف المرحلة الابتدائية تحت الاسم العام " التأخر النمائي" developmental delay وذلك بدلاً من تشخيصهم على أنهم يعانون من إعاقة معينة أكثر تحديداً كالتخلف العقلي، أو صعوبات التعلم، أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية على سبيل المثال. وفي واقع الأمر فإننا نلاحظ أنه قد لا يمكن إشباع تلك الحاجات التي يتطلبها الطفل من خلال هيئة واحدة أو أسلوب واحد للتدخل. ومن هذا المنطلق ينبغي أن يعمل العديد من المتخصصين معاً بشكل جماعي حميم حتى يتم تقديم الخدمة للطفل بصورة فعالة. وإذا ما تم تحديد تلك الإعاقة التي يعاني الطفل منها في وقت مبكر من حياته، وتم تحديد أسلوب التدخل الملائم له عن طريق جميع الأخصائيين الذين يمكن أن تتطلبهم حالته أي الذين يعدون ضروريين لتلك الحالة فإنه غالباً ما يتم تحسين مستوى تعلم الطفل ونموه.

وفي مجال الإعاقات الانفعالية والسلوكية على الجانب الآخر نجد أن إشراك أولئك الأطفال الذين يتسمون بدرجة مرتفعة من العناد والتحدي، أو عدم الطاعة والعدوان منذ وقت مبكر من حياتهم في برنامج للتدخل المبكر من شأنه أن يجعل من الأكثر احتمالاً أن نحصل على نتائج مبشرة من جراء ذلك في هذا الخصوص. ويشير ستراين وتيم (2001) Strain &

Timmأن نتائج المتابعة لفترة طويلة توضح أن مضمار حياة أولئك الأطفال المعرضين لدرجة عالية من المخاطر التي تدفعهم إلى العدوانية والفوضوية يمكن أن يتغير بشكل كبير من خلال إخضاعهم للتدخل السلوكي المبكر.

ومن ناحية أخرى فإن القوانين الفيدرالية في الوقت الراهن تنص على أن تتاح مجموعة من خدمات التدخل المبكر لجميع الأطفال الرضع، والأطفال الأصغرسناً الذين يتم تشخيصهم على أنهم من ذوي الإعاقات. وتتضمن مثل هذه الخدمات العديد من الأمور من أهمها ما يلي:

- التربية الخاصة.
- العلاج الجسمي.
- علاج اضطرابات اللغة والتخاطب.
- خدمات التشخيص الطبي.
- العلاج الوظيفي.

وعلاوة على ذلك فإن مثل هذه القوانين تتطلب في واقع الأمر تطوير خطة فردية لتقديم الخدمات للأسرة IFSP Individualized Family Service Plan. وكما أوضحنا في الفصل الأول فإن الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية تعد شبيهة ببرنامج التعليم الفردي أو خطة التعليم الفردية IEP التي يتم تقديمها للأطفال الأكبر سناً، ولكنها توسع من بؤرة اهتمامها لتشمل الأسرة إضافة إلى الطفل. وفي واقع الأمر فإن التنظيمات الفيدرالية تتطلب أن يتم تضمين الأسرة في تطوير الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية. وإلى جانب هذا الشرط فإن هناك متطلبات أخرى لتلك الخطة تتمثل فيما يلي:

1- تحديد المستوى الحالي للأداء الوظيفي للطفل في كل مما يلي:
- النمو العقلي المعرفي.
- النمو الجسمي.
- النمو اللغوي.
- النمو النفس اجتماعي.
- مساعدة الذات.

2- تحديد تلك المصادر التي يمكن أن تستعين الأسرة بها، وأولوياتها، واهتماماتها فيما يتعلق بنمو الطفل.

3- تحديد النتائج الأساسية المتوقعة بالنسبة لكل من الطفل والأسرة والتي تضم كل من المحكات، والإجراءات، وتوقيتات قياس التطور أو التحسن .

4- تحديد تلك الخدمات الخاصة المرتبطة بالتدخل المبكر والتي تعد ضرورية لإشباع حاجات الطفل والأسرة على أن يتضمن ذلك كل من التكرار، والحدة، والمكان، وأسلوب التقديم.

5- المواعيد المحددة لبداية ونهاية تقديم الخدمات.

6- تحديد اسم المسئول عن الحالة.

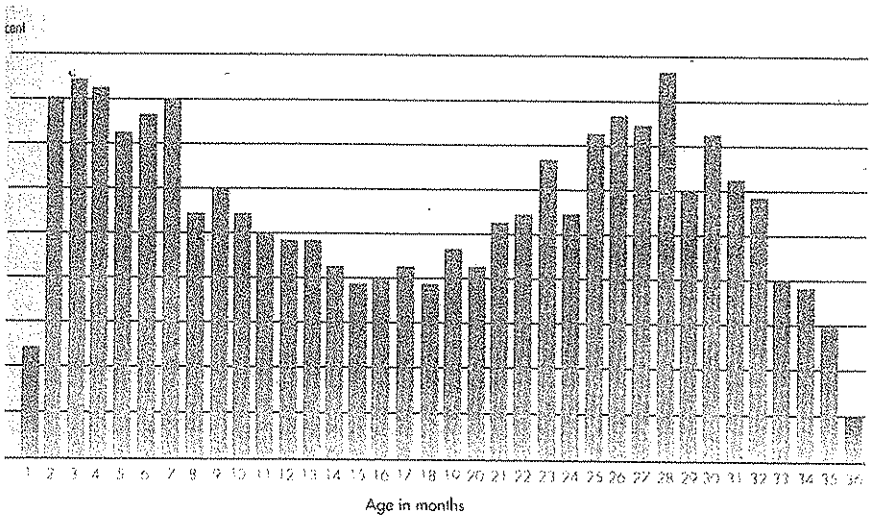
7- تحديد تلك الخطوات المطلوبة لحدوث انتقال سلس من برنامج التدخل المبكر إلى برنامج ما قبل المدرسة الذي يتم تقديمه للطفل.

ومن المعروف أن كلاً من الطفل وأسرته يتلقون الخدمات المختلفة في إطار الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية IFSP منذ الشهر الأول من عمر الطفل وحتى وصوله ست وثلاثين شهراً من العمر حيث قد تكون الإعاقة لدى العديد من الأطفال واضحة بعد ميلادهم بفترة غير طويلة، أو عندما لا يتمكن الطفل من تعلم المشي والكلام عند وصوله الثانية من عمره مما يجعل الكبار المحيطين به يتوقعون أنه يعاني من تأخر نمائي.

أنواع البرامج Types of Programs

يتمثل أحد الأساليب الشائعة في تصنيف مجموعة برامج التدخل المبكر التي يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال في تحديد ما إذا كان الموقع الأولي الذي يتم فيه تقديم الخدمات المتصلة بذلك البرنامج المستخدم هو مركز، أو منزل، أو خليط منهما معاً أي أن بعض هذه الخدمات يتم تقديمه في المركز في حين يتم تقديم بعضها الآخر في المنزل. ومما لا شك فيه أن البرامج الأولية للتدخل المبكر التي كان يتم استخدامها مع الأطفال ذوي الإعاقات كان يتم تقديمها في المركز center-based programs ومن الملاحظ في مثل هذه البرامج التي تقدم في المركز أن الطفل وأسرته عادة ما يأتون إلى المركز إما للتدريب أو للإرشاد أو لكليهما معاً. ومن أهم المزايا التي تتسم بها تلك البرامج أن العاملين بالمركز يكون بإمكانهم رؤية عدد أكبر من الأطفال. وعلاوة على ذلك فإن بعض المختصين يعتقدون أن مثل هذه البرامج تسمح للعاملين بالمركز أن يكون لهم قدر أكبر من التأثير على ما يحدث خلال التفاعل بين الوالد والطفل.

ومع ذلك فقد تم استحداث نوع آخر من تلك البرامج يتم تقديمها في المنزل أو يتم تقديم خليط منها ومن تلك البرامج التي يتم تقديمها في المركز. وهناك العديد من المزايا لتلك البرامج سواء المنزلية أو المختلطة أي التي يتم تقديمها في كل من المنزل والمركز. وتعتبر الميزتان التاليتان على سبيل المثال من أهم هذه المزايا، وهما:



السن عند تطبيق خطة تقديم الخدمات الفردية الأسرية

1- أن مثل هذه البرامج تعد هي الأكثر ملاءمة للعديد من أعضاء الأسرة خاصة في ظل زيادة أعداد الأمهات التي تقمن بالعمل خارج المنزل، وزيادة أعداد الأسر ذات الوالد الواحد.

2- أن المهارات والفنيات التي يتعلمها الأطفال والمراهقون في المركز تتطلب أن يتم نقلها إلى المنزل، إلا أنه حينما يتم تعلم مثل هذه المهارات في البيئة الطبيعية أي في المنزل فإن مثل هذا النقل لا يعد ضرورياً.

ووفقاً لما أعلنته وزارة التربية بالولايات المتحدة الأمريكية (2000) من أنه نظراً لأن تلك البرامج التي تقدم في مرحلة ما قبل المدرسة وبرامج الرعاية النهارية قد أصبحت واسعة الانتشار فإن ذلك قد أدى إلى زيادة أعداد الأطفال ذوي الإعاقات الذين تم استيعابهم في البيئات الطبيعية وذلك مع أقرانهم غير المعوقين أي العاديين. وعلى هذا الأساس تصبح برامج الدمج أو برامج الاحتواء التي يتم تقديمها في مراكز الرعاية النهارية أو برامج ما قبل المدرسة تعد بمثابة نمط آخر من أنماط البرامج التي يتم تقديمها للأطفال ذوي الإعاقات.

أهم الاتجاهات السائدة في التدخل المبكر

تتضمن التربية الخاصة للأطفال الرضع وللأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة قياساً بالتربية الخاصة بوجه عام بعض الأمور الجدلية، وربما يرجع ذلك إلى أن العديد من المختصين قد

حاولوا جاهدين لوقت طويل تحديد حاجات الأطفال الأصغر سناً على الرغم من عدم توفر الوقت الكافي لهم الذي يمكنهم خلاله الانغماس في مناقشات عديدة حول تفاصيل معينة تتعلق بالتدخل المبكر. وفي هذا الإطار يتفق المربون العاملون بالتربية الخاصة وعلى وجه الخصوص ما يتعلق منها بالطفولة المبكرة على هدف عام يتمثل في إيجاد التشريعات اللازمة للأطفال في هذا السن، وتقديم البرامج المناسبة لهم. وعلى الرغم من ذلك فإن هناك بعض نقاط الاختلاف بين المختصين في التربية الخاصة للأطفال بمرحلة الطفولة المبكرة ترتبط ثلاثة أمور منها بما يلي:

1- الدور المناسب للأسرة في التدخل المبكر.

2- أفضلية استخدام منهج توجهه حاجات الطفل أو يوجهه الراشدون في هذا السن.

3- ما إذا كان الضم أو الاحتواء الكلي هو الأفضل أم لا وذلكلجميع الأطفال الأصغر سناً.

وسوف نقوم بتناول هذه الأمور الثلاثة بشيء من التفصيل كي نوضح ما يقصده المختصون منها في هذا الصدد وذلك على النحو التالي:

الدور المناسب للأسرة في التدخل المبكر

من الجدير بالذكر أن أحد الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد كما يرى برودر (2000) Bruder وهيرنانديز وآخرون (2000) Hernandez et.al. وطومسون وآخرون (1988) Thompson et.al.يتمثل في تلك الكيفية التي ينبغي أن تشارك الأسرة بها في برامج التدخل المبكر، وأن تنغمس فيها. كما تتمثل إحدى الخصائص المميزة لبرامج التدخل المبكر التي استخدمت حديثاً والمميزة كذلك للخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسريةIFSP في المشاركة الفعلية والفاعلة للوالدين فيها. ومع ذلك فإن التنظيمات الفيدرالية لم تحدد تلك الكيفية التي يجب أن يشارك الوالدان بها في برامج التدخل المبكر.

ويرى بعض رجال التربية الخاصة على سبيل المثال أنه يجب أن يتدرب الوالدان على استخدام أساليب التدخل وفنياته مع أطفالهما في مرحلة ما قبل المدرسة. ومع أن البحوث التي تم إجراؤها حول فعالية هذا الأسلوب تعد نادرة فإن فريقاً بحثياً قد وجد كما يشير إيزرمان وآخرون (1995) Eiserman et.al. أن أطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطرابات لغوية قد أحرزوا تقدماً ملحوظاً وتحسناً سواء تلقوا برنامج التدخل من المختصين أو من والديهم الذين تم تدريبهم على تقديم ذلك التدخل. هذا وقد قام ستراين وتيم (2001) Strain &Timm بتدريب الآباء على التدخل وذلك في سلوك أطفالهم بمرحلة ما قبل

المدرسة الذين يتسمون بالعناد والتحدي، وعلى تدريب غيرهم من الآباء على كيفية التدخل في سلوك أطفالهم. كما اهتم غيرهم من المختصين بما يمكن أن تتعرض له فكرة اشتراك الوالدين في البرنامج المقدم للطفل من إساءة تفسير لتعني أن المختصين يجب أن يركزوا بدرجة أكبر في هذا الإطار على تغيير سلوك الأسرة بدلاً من تغيير سلوك الطفل. ومن الأمور ذات الصلة الوثيقة بهذا الموضوع كما يرى ليرنر وآخرون Lerner et.al.(1998) تحديد المسئول عن اتخاذ القرارات المختلفة للأسرة في هذا الصدد. وفيما يتعلق بهذه النقطة على وجه التحديد هناك اتفاق على أنه يجب أن يكون لدينا ثقة في الأسرة وفي قدرتها على اتخاذ تلك القرارات التي تتعلق بطفلها.

برامج التدخل المبكر التي توجهها حاجات الطفل في مقابل تلك التي يوجهها الراشدون

لا يخفى علينا أنه قد ساد التوتر لبعض الوقت بين المربين المختصين في الطفولة المبكرة والمهتمين بالأطفال غير المعوقين وزملائهم الذين يهتمون بالأطفال المعوقين وذلك حول درجة التوجيه من جانب الشخص الراشد التي يمكن أن نعتبرها ملائمة سواء كان ذلك الراشد هو الأب أو المعلم. ونظراً لتأثرهم الشديد بنظرية بياجيه Piaget في النمو العقلي المعرفي فإن غالبية المعلمين المختصين في مرحلة الطفولة المبكرة يبدون توجهاً نحو ذلك المنهج الذي يسمح لأولئك الأطفال أن يقوموا باستكشاف بيئاتهم بشكل يتسم بالحرية النسبية. ويدافع هؤلاء المعلمون عن اتجاه نمائي يفترض أن نمو هؤلاء الأطفال سوف يتضاعف بشكل طبيعي مع تشجيع، وإرشاد، ومساعدة المعلم لهم. أي أنهم بذلك يرون أن المنهج هنا تحدده حاجات الطفل، وأن المعلم يعمل فقط على تقديم التشجيع والإرشاد والمساعدة له.

ومن ناحية أخرى فإن معظم القائمين على التدخل المبكر والمؤيدين له يتبنون اتجاهاً يفترض أن الأطفال ذوي الإعاقات يحتاجون بشدة إلى جرعة مكثفة من التوجيه من قبل الراشدين إذا كنا نريد لهم أن يتعلموا تلك المهارات التي يفتقرون إليها. وعلاوة على ذلك فإننا نجد أن المربين العاملين بالتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة early childhood special educators يركزون عامة بدرجة كبيرة على تفريد التعليم للأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة وذلك من خلال تحليل المهام، وتناسق المواد المختلفة مع الأنشطة، والتقييم المنظم. ومع تزايد أعداد الأطفال ذوي الإعاقات الذين يتم دمجهم مع أقرانهم غير المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة فإن تلك الأمور التي تتعلق بالتوجيه من قبل الراشدين أو التفريد قد نالت قسطاً كبيراً من الاهتمام والتركيز حيث لكل منهما أهميته في هذا المضمار.

وهناك مهمة أساسية يضطلع بها المربون العاملون في مجال التربية الخاصة بمرحلة

الطفولة المبكرة تتمثل في الوصول إلى اتفاق مع أولئك المربين المهتمين بالدمج في مثل هذه المرحلة العمرية وذلك فيما يتعلق بتلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال ذوي الإعاقات في مرحلة ما قبل المدرسة. ومن هذا المنطلق يمكن أن يتعلم كلا الطرفين من الآخر. ومن ناحية أخرى فقد شاع بين الباحثين لفترة طويلة أن الأطفال ذوي الإعاقات بمرحلة ما قبل المدرسة يؤدون بشكل أفضل في تلك البرامج التي تتسم بتخطيطها وتنظيمها الجيد، وتوجيهها من قبل المعلم، teacher directed والتفريد. كذلك فقد لاحظت السلطات أن الانتقال من برامج تدخل جيدة التخطيط يتم تقديمها بمرحلة ما قبل المدرسة إلى الروضة التقليدية يمكن أن يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات المختلفة.

دمج الأطفال المعوقين في سن مبكرة مع أقرانهم العاديين

يرى كل المربين المختصين بمرحلة الطفولة المبكرة أن الأطفال ذوي الإعاقات التي يمكن تحديدها وأولئك الأطفال المعرضين لخطر الفشل في المدرسة يجب أن يتم إلحاقهم ببرامج يتم تصميمها لتقديم الخدمة المطلوبة لمجموعات متعددة من المتعلمين بما فيهم الأطفال الأصغر سناً غير المعوقين. ومن الملاحظ وفقاً لما تؤكده تقارير وزارة التربية بالولايات المتحدة الأمريكية (2000) أن أكثر من نصف الأطفال ذوي الإعاقات بمرحلة ما قبل المدرسة يتلقون في الوقت الراهن تعليمهم كاملاً أو بصفة أساسية في فصول عادية. ومع ذلك فإن المدى الذي يتم فيه استخدام مثل هذه البرامج للأطفال العاديين، وممارستهم لما تتضمنه من أنشطة مختلفة، ومدى مناسبة ذلك لأقرانهم ذوي الإعاقات أي غير العاديين يعد كما يرى أودوم Odom (2000) موضع تساؤل إلى حد كبير.

ويشير ستراين Strain (2001) إلى أن تلك الملاحظات التي أبداها بريكر Bricker (1995) عن الفلسفة الراديكالية للتربية التي تقوم على الدمج والتي تدل على أنها قد لا يجببالضرورة أن تقدم الخدمات اللازمة لجميع الأطفال الأصغر سناً لم تكن أي الملاحظات وليدة البحث العلمي، ولم تكشف عنها نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها بالفعل في هذا المجال. وعلى الرغم من ذلك فقد كشفت نتائج دراسات أخرى أنه مع وجود تناسق جيد للحاجات الفردية للأطفال فإن دمج الأطفال ذوي الإعاقات الأصغر سناً عادة ما يحقق الفائدة المرجوة منه حيث تكون له أهميته في هذا الإطار. وكذلك فهناك في واقع الأمر العديد من الأدلة التي تؤكد على دمج الأطفال ذوي الإعاقات الأصغر سناً في مجموعات مع أقرانهم غير المعوقين أكثر من تلك التي تؤكد على عملية الدمج في سن أكبر.

بعض الأمور المتعلقة بالتدخل المبكر

نأمل في واقع الأمر أن تستمر التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة على عهدنا بها

من حيث قدرتها على أن تلعب دوراً هاماً في الحد من أثر الإعاقة على الأطفال وأسرهم. ولكننا مع ذلك نحذر من افتراض أن التدخل المبكر بمفرده يمكن أن يعود بالفائدة المرجوة على القليل من الأطفال. وعلى الرغم من قيام المربين بتصميم برامج للتدخل المبكر أكثر فعالية فإن أعداد الأطفال ذوي الإعاقات تعد في تزايد مستمر. وتعتبر الأسباب التي تقف خلف هذه الزيادة عديدة ومعقدة، كما أنها ترتبط بالتغيرات في الأحوال الاقتصادية والاجتماعية التي تسود الولايات المتحدة الأمريكية. أما الآن فنحن نعلم أن بداية القرن الحادي والعشرين قد شهدت العديد من الأمور التي يأتي في مقدمتها ما يلي :

1- أن نسبة عالية من الأطفال الأصغر سناً وأمهاتهم يعيشون في فقر، ويتعرضون لسوء التغذية، كما يتعرضون بجانب ذلك إلى ظروف بيئية من المحتمل أن تسبب المرض والإعاقة لهم.

2- أن هناك العديد من الأطفال يولدون لأمهات لا تزال في مرحلة المراهقة.

3- أن العديد من الأطفال يولدون لأمهات لا تلقين الرعاية الوالدية المناسبة، وتعرضن لسوء التغذية أثناء فترة حملهن، كما أنهن قد أسأن استخدام المواد بالشكل الذي يمكن أن يضر بأجنتهن بصورة مباشرة.

4- أن نسبة لا بأس بها من الأطفال يولدون وأوزانهم أقل بكثير من المعتاد أو العادي.

5- أن هناك زيادة ملحوظة في المخاطر البيئية سواء الكيميائية أو الاجتماعية.

6- أن ملايين الأطفال يتعرضون لسوء المعاملة، كما أنهم يعيشون في بيئة ينتشر فيها العنف وإساءة استخدام المواد.

7- أن التعديل الذي يطرأ على البرامج الاجتماعية قد أدى إلى زيادة الهوة بين الحاجات وتوفر الخدمات الاجتماعية.

ومن الواضح أن التدخل المبكر يحمل في طياته أملاً كبيراً في الحد من حدوث الإعاقات المختلفة، أو حتى منعها بشكل تام، إلا أن هناك قوى متعددة قوية تعمل ضد الوقاية ولا تتيح لها الفرصة كي تؤتي بثمارها، ويتضمن ذلك كما يرى كوفمان (1999-ب) Kauffman تحولاً في رد فعل العديد من الأفراد ومشاعرهم نحو وصمهم بالإعاقة، واقتراح المصلحين التربويين الذي يسير ضد تحديد المشكلات مبكراً والتدخل لوقفها ومنعها من التحول للأسوأ. وإلى جانب تلك الأمور والموضوعات التي تحيط بالوقاية فإن هناك أموراً عديدة أخرى تتعلق بالألفية الجديدة من أهمها ما يلي:

1- استخدام تكنولوجيا الحاسبات من جانب الأطفال الأصغر سناً.

2- التغير في دور معلمي التربية الخاصة.

3- ظهور فلسفات تتعلق بالتربية في مرحلة الطفولة المبكرة.

4- التنوع أو التعدد الثقافي واللغوي.

5- الاستفادة من المصادر المختلفة التي يوفرها المجتمع.

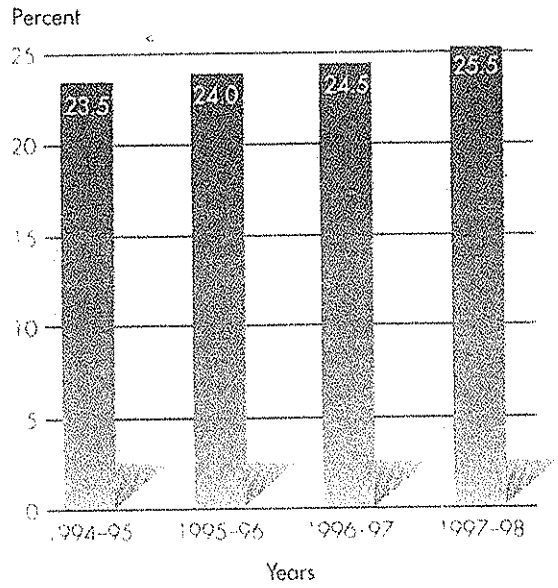
الانتقال إلى مرحلة الرشد

يعتبر إعداد الطلاب للتعليم المستمر، وتحمل مسئوليات الرشد، والاستقلال، والتشغيل بمثابة أهداف يسعى التعليم الثانوي العام إلى تحقيقها. ومما لا شك فيه أن العديد من الطلاب عندما ينهون دراستهم بالمدارس العليا أي الثانوية يبحثون عن وظائف لهم، كما يلتحقون بالتالي بالجامعة، ولا يخبرون أي مشكلات من جراء ذلك. ومع هذا فكما يشير ستلنجتون وآخرون (2000) .Sitlington et.al فإن المعدلات الخاصة بكل من التسرب من التعليم، والبطالة لا تزال مرتفعة جداً بين الطلاب في هذه السن وخاصة في تلك المجتمعات المحرومة اقتصادياً. وإضافة إلى ذلك فإن الشكل العام للأطفال ذوي الإعاقات قد يكون أكثر سوءاً من ذلك الوضع الذي يبدو عليه الطلاب غير المعوقين.

ومن الجدير بالذكر أننا ينبغي علينا أن ننظر كما يشير كوليت- كلينجنبيرج (1998) Collet- Klingenberg وسنكلير وآخرون (1998).Sinclair et.al وهيل وروسك (1995) Heal &Rusch أن ننظر بحذر إلى معدلات التسرب، وتمثيل ذلك في إحصائيات معينة. وتوضح الدراسات التي تم إجراؤها على الطلاب ذوي الإعاقات أثناء وبعد المدرسة الثانوية أن نسبة كبيرة منهم قياساً بأقرانهم غير المعوقين يجدون صعوبة في الانتقال من المراهقة إلى الرشد، ومن المدرسة إلى العمل. وتوضح مثل هذه الدراسات أن العديد من الطلاب ذوي الإعاقات يتسربون من المدرسة، ويخبرون صعوبة كبيرة في وجود وظائف معينة، وفي الاستمرار في تلك الوظائف. كما أنهم غالباً لا يجدون العمل الذي يتناسب مع قدراتهم، ولا يتلقون أي قدر إضافي من التدريب أو التعليم إلى جانب أنهم يصبحون أكثر اعتماداً إما على أسرهم أو على برامج المساعدة العامة.

ويوضح الشكل (2-2) الزيادة التدريجية في أعداد الطلاب ذوي الإعاقات الذين تخرجوا من المدرسة العليا وحصلوا على دبلوم. ومع ذلك فإن معدلات التخرج هذه تخفي العديد من النتائج فيما يتعلق بفئات معينة من الإعاقات. إلا أن تلك النتائج التي تتعلق بالطلاب ذوي الإعاقات تعتبر مخيبة للآمال مع أن بعض هذه الفئات تعد أفضل من غيرها في هذا

الخصوص. وتظل أسوأ هذه النتائج من نصيب الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة، والطلاب المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. أما الطلاب الذين يعانون من صعوبات تعلم معينة أو من اضطرابات اللغة والتخاطب فيميلون إلى الحصول على نتائج أفضل نسبياً من غيرهم ممن ينتمون إلى الفئات الأخرى للإعاقة.



شكل (2-2) النسبة المئوية للطلاب ذوي الإعاقات الذين تتراوح أعمارهم بين 17 سنة إلى أكثر من 21 سنة وحصلوا على الدبلوم وذلك في الأعوام من 94/ 1995 - 97/ 1998

التشريعات الفيدرالية

من الجدير بالذكر أن القوانين الفيدرالية بما فيها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA تتطلب في الوقت الراهن كما يشير هيوفنر Huefner (2000) وباتمان ولينندن Bateman &Linden (1998) ويل Yell (1998) وضع خطط انتقالية للطلاب الأكبر سناً وهو الأمر الذي يجب أن يتم تضمنه في خطة التعليم الفردية الخاصة بكل منهم. وتعرف الحكومة الفيدرالية تلك الخدمات التي يتم تقديمها في الفترات الانتقالية على أنها " مجموعة مترابطة من الأنشطة تقدم للطالب، ويتم تصميمها في ضوء توجه مستقبلي يضع النتيجة في الاعتبار، وتعمل على تدعيم الانتقال من المدرسة إلى تلك الأنشطة التي ترتبط بمرحلة ما بعد الانتهاء من المدرسة بما في ذلك التعليم بعد المرحلة الثانوية، أو التدريب المهني، أو التشغيل، أو التعليم المستمر، أو التعليم في الرشد، أو الخدمات التي تقدم في مرحلة الرشد، أو الحياة المستقلة، أو المشاركة المجتمعية " .

ويجب أن تتضمن خطة التعليم الفردية للطالب على أثر ذلك تقريراً عن تلك الخدمات التي يحتاج إليها في فترة الانتقال هذه على أن تبدأ في السادسة عشرة من العمر، ولا تتأخر عن ذلك، وأن تتحدد سنوياً بعد ذلك، ويمكن أن يتم البدء فيها قبل هذا السن. وفضلاً عن ذلك فإن خطة التعليم الفردية يجب أن تتضمن تقريراً عن المسئولية التي تتحملها كل هيئة من الهيئات المشاركة وذلك قبل أن ينهي الطالب دراسته في المدرسة ويتخرج منها.

إعداد الطلاب ذوي الإعاقات للحياة بعد إنهاء المرحلة الثانوية

وغني عن البيان أن أحد المجالات الهامة في هذا التشريع يتمثل في تحديد أن ذلك الانتقال يتضمن أكثر من مجرد عملية التشغيل أي توفير فرص عمل مناسبة لهؤلاء الأفراد. ومن الطبيعي أن تكون هناك هيئات متعددة إلى جانب العديد من الأفراد يشاركون في التخطيط لذلك الانتقال من جانب طلاب المدارس العليا ذوي الإعاقات. وإذا كان هذا الانتقال يركز على نقاط وموضوعات لها أهميتها ومغزاها بالنسبة لهؤلاء الأفراد مثل الحياة الاستقلالية، والتوافق مع المجتمع، وما إلى ذلك فإن كافة السلطات توافق على تلك الأمور أو الموضوعات وتشجعها. فعلى سبيل المثال نجد أنهم يرون أن تلك البرامج التي ينبغي أن يتم تقديمها في فترة الانتقال يجب أن تهدف في الأساس إلى تحقيق زيادة في جودة الحياة بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات. وعلى الرغم من صعوبة تحديد جودة الحياة فإن هالبرن (1993) Halpern يشير إلى الاختيار الشخصي على أنه هو المبدأ الرئيسي لذلك. كما أنه قام أيضاً بتحديد ثلاثة مجالات أو جوانب هامة فيما يتعلق بجودة الحياة هي :

1- الرضا عن البيئة المادية التي يوجد الفرد بها، والتكيف لها.

2- أداء أدوار الراشدين كشغل وظيفة معينة، وقضاء وقت الفراغ، والعلاقات الشخصية، والمسئولية الاجتماعية.

3- الإنجاز الشخصي.

هذا وقد واكب التعديل الفيدرالي الذي طرأ على الخدمات التي يتم تقديمها في مرحلة الانتقال زيادة ملحوظة في فرص التشغيل التي تعتمد على المساندة supported employment والتي تعد بمثابة أسلوب للتشغيل يساعد الأشخاص ذوي الإعاقات الذين لا يمكنهم أن يقوموا بالأداء الوظيفي بشكل مستقل وذلك في الوظائف التنافسية. أي أن ذلك يعد أسلوباً يستخدم لتأكيد أن هؤلاء الأفراد قادرين على العمل بجانب أقرانهم غير المعوقين وذلك في تلك المواقف التي تعتمد على الدمج. ومن الملاحظ في الموقف النمطي للتشغيل القائم على المساندة أن أخصائي التشغيل أو التوظيف، أو المدرب المهني الذي يقوم بتدريب الفرد على الوظيفة ومتطلباتها المختلفة job coach يضعه في وظيفة معينة، ويحدد له عملاً معيناً يؤديه. وبذلك فإن مثل هذا المدرب يوفر للفرد التدريب في موقع العمل على أن يقل كم هذا التدريب تدريجياً مع زيادة قدرة ذلك الفرد على الأداء الوظيفي المستقل. أما التشغيل التنافسي competitive employment من جانب آخر فعادة ما يتم تعريفه على أنه العمل لمدة لا تقل عن عشرين ساعة أسبوعياً على الأقل وذلك في وظيفة معينة عادة ما يشغلها أحد الأفراد غير المعوقين. وعلى الرغم من أن تشغيل هؤلاء الأفراد أو توظيفهم يعتبر هدفاً مهماً في هذا الإطار فإن بعض الراشدين ذوي الإعاقات يواظبون على الحضور إلى مراكز الأنشطة أو مراكز الرعاية النهارية. ويصف الجدول (1-2) تلك الخدمات التي يمكن تقديمها للراشدين ذوي الإعاقات، وما يمكن أن يقدمه المجتمع من فرص بديلة لتشغيلهم.

الاتجاهات السائدة فيما يتعلق ببرامج الانتقال

كما هو الحال بالنسبة لبرامج التدخل المبكر فإن البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الأفراد في فترة الانتقال تلك من المرحلة الثانوية إلى العمل أو إلى الدراسة الجامعية قد أحاط بها هي الأخرى الكثير من الجدل. إلا أن جميع المختصين في التربية الخاصة لا يختلفون كما يشير كل من مون وإنجي (2000) Moon & Inge وستلنجتون وآخرين(2000) Sitlington et.al. على أن مثل هذه البرامج لها أهميتها البالغة في سبيل تحقيق الراشدين ذوي الإعاقات للتوافق الناجح. ومع ذلك فهناك بعض الجدل الذي يدور حول محددات ذلك الانتقال وإن كان غالبيته يدور حول تحقيق تلك المتطلبات المتنوعة التي أقرها التعديل الفيدرالي للقانون. هذا وقد حققت بعض الولايات درجة عالية من التوافق مع ذلك القانون الفيدرالي، ووضعت بالتالي سياسات ناجحة لمثل هذا الانتقال وهو الأمر الذي لم تقم به العديد من الولايات الأخرى فبدا الأمر سلساً في بعض الولايات، ولكنه لم يبد كذلك في العدد الأكبر منها. وفضلاً عن ذلك

فمن الملاحظ أن العديد من برامج أو خطط التعليم الفردية تتفق من الناحية الفنية مع ذلك التعديل الذي طرأ على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وذلك لفترة الانتقال هذه وإن كانت مع ذلك تفتقر إلى بعض العناصر الأساسية في هذا الصدد وهو الأمر الذي يعكس قصوراً في التخطيط المتعقل.

ومن هذا المنطلق يدور الجدل بين المختصين حول أفضل الطرق التي يمكننا بموجبها أن نبني منهجاً يغطي التعليم، والتشغيل، والحياة المستقلة، والمشاركة المجتمعية. وإذا كان هناك بذلك اهتمام لإشباع الحاجات المختلفة لهؤلاء الطلاب فإنه يختلف بعض الشيء أو يبدو مختلفاً نوعاً ما بالنسبة لأولئك الطلاب ذوي المستوى الأكثر شدة من الإعقات قياساً بأقرانهم ذوي المستوى البسيط من الإعاقة. أما عن الخدمات التي يتم تقديمها للأفراد الراشدين ذوي الإعاقات، وفرص التشغيل البديلة التي يقدمها المجتمع لهم فنعرض لها من خلال الجدول التالي.

1- **التشغيل التنافسي (غير المساند)**: ويتم ذلك في أي مؤسسة أو شركة دون وجود مدرب أو الحصول على مساندة من أي شخص أو هيئة.

2- **التسكين في الوظيفة أو تقديم المساندة الانتقالية في الوظيفة العادية**: ويتم من خلال ذلك تقديم المساعدة من هيئة معينة لفترة قصيرة كهيئة التأهيل المهني بالولاية مثلاً وذلك في سبيل الحصول على وظيفة معينة أو التكيف معها.

3- **التشغيل القائم على المساندة** : ويعني تسكين الفرد في وظيفة معينة، وتدريبه عليها، والاستمرار في تقديم المساندة له كلما كان ذلك ممكناً وذلك في إطار عمل يقوم على الدمج. ويمكن أن يكون هذا التشغيل القائم على المساندة على هيئة تسكين فردي، أو نموذج جماعي للعديد من العمال وذلك مثل طاقم العمل المتنقل مثلاً. كذلك فإن العاملين يحصلون على الحد الأدنى من الأجر أو أكثر من ذلك.

4- **العمل التطوعي** : وهو ذلك العمل الذي يؤديه الفرد دون أن يحصل على أي مقابل مادي، ولكنه يفضله أو يختاره لأسباب غير المساندة اليومية. وعادة ما يتم مثل هذا العمل لصالح جمعيات الخدمات الموجودة في المجتمع مثل جمعية المستشفيات، أو الجمعية القومية للسرطان على سبيل المثال. وتحدد قوانين العمل أي نمط من العمل يمكن اعتباره تطوعياً حيث لا يمكن أن يكون ذلك العمل الذي يقوم به الأفراد ذوو الإعاقات تطوعياً إذ لا يمكن لهم أن يتطوعوا بعمل يأخذ عليه غير المعوقين أجراً.

5- **العمل في مكان تتوفر فيه وسائل الحماية أو الوقاية:** Sheltered work ومن الضروري أن تتوفر مثل هذه الوسائل نظراً لأن غالبية العاملين في الورشة مثلاً أو في العمل المحدد يكونون من ذوي الإعاقات، ويحصلون على أجور قليلة. ويمكن للورش من هذا النوع أن تعرض فرصاً عديدة للتشغيل إلى جانب العديد من الخدمات الأخرى كالنشاط المرتبط بالعمل، والتدريب على التكيف للعمل، والتدريب المهني، وبرامج أنشطة العمل.

6- **مراكز الأنشطة المرتبطة بالعمل:** وتقوم على برامج يومية لا تعتمد على الدمج، وتركز على تلك المهارات قبل المهنية prevocational أي التي تعد ضرورية لمهنة معينة كالمهام الحركية، ومهارات العناية بالذات على سبيل المثال.

7- **النشاط اليومي أو مركز النشاط اليومي للراشدين:** ويقدم برامج لا تعتمد على الدمج، وعادة ما يركز على البرامج العلاجية، وغير المهنية وذلك اعتماداً على مصدر التمويل المتاح له.

جدول يبين الخدمات المقدمة للراشدين المعوقين وفرص التشغيل البديلة التي يقدمها المجتمع

ومما لا شك فيه أن بإمكاننا أن نعرض لتلك الاتجاهات السائدة فيما يتعلق ببرامج الانتقال بالنسبة لكل من الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة من ناحية وأقرانهم ذوي الإعاقات البسيطة من ناحية أخرى وذلك على النحو التالي:

1- بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة:

تركز الجهود المختلفة بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة على التنسيق والترابط بين العديد من الهيئات خارج المدرسة حيث أن العديد من العاملين في مجال التربية الخاصة لم يعتادوا على العمل مع هيئات غير مدرسية، ولذلك فإننا نجد على سبيل المثال أن العلاقة بين التدريب المهني والتربية الخاصة لا تزال غامضة وغير واضحة بالدرجة المطلوبة. ومع ذلك فإن التنظيمات الفيدرالية في الوقت الراهن تتطلب من التربية الخاصة أن تعمل مع التدريب المهني إضافة إلى العديد من الهيئات الأخرى في المجتمع.

هذا وقد تحرك المربون العاملون بالتربية الخاصة وبالمرحلة الثانوية منها على وجه الخصوص وذلك على مدى العديد من السنوات باتجاه مساعدة هؤلاء الطلاب على تحقيق قدر أكبر من الاندماج في المجتمع، إلا أن التعديل الفيدرالي الذي لحق بمرحلة الانتقال تلك

قد عجل بالحاجة إلى مثل هذه الجهود الجبارة. كذلك فإن الاتجاهات السائدة في هذا الإطار مثل التشغيل القائم على المساندة يتطلب أن يعمل المربون في مجال التربية الخاصة مع أصحاب العمل في المجتمع المحلي وذلك لتحديد وتنفيذ التدريب للطلاب ذوي الإعاقات، وإعداد بيئات العمل لهم. إلا أن الواقع يشهد أنه لم يتم تدريب جميع المربين العاملين في التربية الخاصة على القيام بهذا الدور. ومع ذلك فنحن لا نزال في مرحلة مبكرة من معرفة أفضل الطرق والأساليب لتنفيذ مثل هذا التداخل والتفاعل بين المدرسة والمجتمع. وهناك حاجة ملحة لتدريب الأفراد ذوي الإعاقات وإعدادهم للوظائف الملائمة مع تدريب معلميهم على القيام بذلك الدور الحيوي الهام.

2- بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات البسيطة:

يتركز معظم الاهتمام بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات البسيطة على محاولة إشباع حاجاتهم الأكاديمية إضافة إلى إشباع حاجاتهم المهنية. ولذلك فإن معلمي هؤلاء الطلاب بالمرحلة الثانوية يواجهون باستمرار مسألة اتخاذ القرار المناسب حول مدى التأكيد على كل من الإعداد الأكاديمي والإعداد المهني لهؤلاء الطلاب. ونظراً لأن إعاقتهم التي يعانون منها تتسم بأنها في المستوى البسيط فإن العديد منهم ممن يعانون من صعوبات التعلم على سبيل المثال قد يكون باستطاعتهم الاستمرار في الدراسة بعد المرحلة الثانوية، وبالتالي فإنهم يلتحقون بالمعاهد الدراسية التالية لهذه المرحلة مثل كليات المجتمع على سبيل المثال. وغالباً ما يكون من الصعب علينا أن نحدد ذلك الأمر منذ وقت مبكر عن هذه المرحلة كأن نحاول أن نفعل هذا الموضوع منذ الصف العاشر مثلاً، أو قبله. ومن ثم نعمل على إعداد أولئك الطلاب إما أكاديمياً بأن يلتحقوا بإحدى هذه الكليات فيما بعد، أو مهنياً بأن نقدم لهم التدريب المهني الملائم، ونوجههم إليه. ويعتبر التدريس المشترك co-teaching أي قيام أكثر من معلم واحد بالتدريس لنفس الأفراد في ذات الوقت وذلك كفريق كما يشير فينيك (2001) Fennick هو أحد الاتجاهات التي نهدف من خلالها إلى مساعدة الطلاب ذوي الإعاقات في إطار التعليم العام عندما يتم دمجهم فيه على أن يتعلموا تلك المهارات التي ترتبط بالوظيفة أو بالوظائف عامة كل حسب ميوله واهتماماته. وهذا يعني أنه يمكن لكل من معلمي الربية الخاصة ومعلمي التعليم العام أن يعملوا سوياً وذلك كفريق في سبيل مساعدة أولئك الطلاب كي يتعرفوا على تلك المهن المختلفة التي يمكنهم اتخاذ أي منها كمهنة أساسية له، أي التي يمكن لهم أن يمتهنوها، والفرص المتاحة أمامهم في هذا الصدد إلى جانب البحث عن الوظيفة المناسبة، وكتابة خطابات تتضمن طلبات التقديم لتلك الوظائف إضافة إلى إجراء المقابلات الشخصية اللازمة لهذا الأمر، وما إلى ذلك.

ويعتقد العديد من المسئولين أن الطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم يقل إنجازهم وتحصيلهم الأكاديمي بشكل واضح وهو الأمر الذي يجعلهم من الراسبين في الدراسة الأكاديمية، ولا يجعل باستطاعتهم مطلقاً أن يواصلوا التحصيل الدراسي حتى يتمكنوا في النهاية من الالتحاق بإحدى هذه الكليات التي أشرنا إليها. ومن ثم فإن هذا التوقع الدراسي المحدود تتم ترجمته على هيئة منهج دراسي لا يتطلب من أولئك الطلاب سوى القليل من المتطلبات الأكاديمية. وفي هذا الإطار فقد كشفت نتائج إحدى الدراسات التي أجريت على صعوبات التعلم بالمرحلة الثانوية وهي تلك الدراسة التي أجراها زيجموند وميلر Zigmond & Miller (1992) عن وجود العديد من الضغوط البيئية على هؤلاء الطلاب التي تؤثر بشكل واضح على المحتوى الأكاديمي الذي يتم تقديمه لهم، وهو الأمر الذي يفسر جانباً كبيراً من الاهتمام الذي لقيه هذا الموضوع خاصة عندما يتم ضم أو احتواء مثل هؤلاء الطلاب في التعليم العام، وتقديم المناهج التي يتم تدريسها في التعليم العام لهم مثل أقرانهم سواء المعوقين أو حتى الأسوياء.

ومن ناحية أخرى يرى بعض المسئولين أن مثل هذا الاهتمام الزائد بالمقررات الأكاديمية له تبعاته أيضاً بالنسبة للطلاب الذين يعانون من صعوبات التعلم حيث لا يمكننا في ضوء ذلك أن نقوم بإعدادهم لدخول عالم العمل عندما ينهون دراستهم بتلك المدرسة. وهم بذلك يعتقدون أن مشكلات التعلم التي يعاني منها أولئك الطلاب تميل إلى أن تقل بدرجة كبيرة. ونظراً لأن هؤلاء الأفراد يتسمون بأن إعاقتهم تلك تعد في المستوى البسيط فإن هذا لا يعني بالضرورة أن ما يتعرضون له من نواحي قصور في التعلم بسبب تلك الصعوبات يعد بسيطاً أو غير هام، بل إن العكس في الغالب يكون هو الصحيح.

واتفاقاً مع ذلك يعتقد بعض المختصين أن هناك القليل فقط من الخدمات هي التي تتاح أمام هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقات البسيطة. وفي الوقت الذي تتاح فيه تلك الخدمات التي تقدم في مرحلة الانتقال التالية للمرحلة الثانوية مثل فرص التشغيل القائمة على المساندة وذلك للأفراد ذوي الإعاقات الشديدة فإن أقرانهم ذوي الإعاقات البسيطة يتم تركهم في الغالب كي يبحثوا بأنفسهم عن ذلك بمجرد أن ينهوا دراستهم بالمرحلة الثانوية.

بعض الأمور المتصلة ببرامج الانتقال

لا يزال الوقت مبكراً جداً كي نتمكن من تحديد كم التأثير الذي يمكن أن يتركه الإصلاح القائم على المعايير، وضم التلاميذ ذوي الإعاقات أو احتواؤهم في التعليم العام على هؤلاء التلاميذ المعوقين، وبالتالي تقديم مناهج التعليم العام لهم، واستخدام نفس إجراءات التقييم

المتبعة فيه معهم كما نصت على ذلك تلك التعديلات التي أدخلت على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA في عام1997. ومع ذلك فعلى الرغم من وجود بعض المسائل المعلقة التي لم نصل فيها إلى حل محدد بعد فإننا قد نجد تشجيعاً على ذلك يتمثل في الاهتمام الذي يوليه المربون العاملون في التربية الخاصة لمجال الانتقال حيث أصبحت تتوفر لهؤلاء الأفراد المعوقين العديد من الفرص في ذلك الوقت وهو الأمر الذي لم يكن متوفراً منذ سنوات قليلة. إلا أنه قد أضحى من الأكثر وضوحاً أن الانتقال الناجح لا يحدث في ذلك الوقت ولكنه يحدث في وقت مبكر عن ذلك من خلال ما يتم بذله من جهود مضنية كي يتم إعداد الأطفال ذوي الإعاقات لمثل هذا الأمر.

وإذا ما نظرنا إلى تلك الأمور التي تتعلق بمرحلة الانتقال هذه يصبح من المفيد أن نضع في اعتبارنا أن الانتقال السلس والناجح إلى حياة الراشدين يعد أمراً صعباً بالنسبة لأي مراهق. وإذا كان الأفراد أنفسهم يجدون أمامهم العديد من الطرق التي يصلون من خلالها إلى مرحلة الرشد فإننا لن نكون حكماء إذا ما تحدثنا عن نمط وحيد لذلك الانتقال، بل يجب أن يكون هدفنا هو تقديم تلك المساعدة الخاصة التي يحتاجها المراهقون ذوو الإعاقات، والتي يكون من شأنها أن تساعدهم في الوصول إلى أقصى قدر ممكن من الدمج مع العاديين.

ومما لا شك فيه أنه لا يمكن تحقيق مثل هذا الهدف لمجرد افتراض أن كل المراهقين ذوي الإعاقات الذين يتم تصنيفهم في فئة معينة من فئات التربية الخاصة سوف يحتاجون إلى نفس الخدمات الخاصة بمرحلة الانتقال هذه، أو أنهم سوف يحققون نفس المستوى أو المعدل من الاستقلالية أو الإنتاجية لأننا لا نزال حتى مع وصول هؤلاء الأفراد لمرحلة الرشد نتحدث عن حالات فردية. ومن ثم فإن من بين التحديات الكبيرة التي تواجهنا في مثل هذا الإطار قيامنا بإعداد مجموعة من البرامج الفعالة التي يكون من شأنها أن تشبع الحاجات الفردية لهؤلاء الأفراد أثناء انتقالهم إلى مرحلة الرشد.

فرض النظام والتهذيب على الطلاب ذوي الإعاقات

Discipline of Student's with Disabitities

أصبحت المدارس الآمنة وبيئات التعلم المنظمة في العقد الأخير من القرن الماضي كما يشير دوبر(2000) Dupre ودوير وآخرون (2000) Dwyer et.al.وسكيبا وبيترسون(2000) Skiba & Peterson وسبراجو وواكر(2000) Sprague & Walker وسميث (2000)Smith وييل وآخرون (2001) .Yell et.al بمثابة ذلك الاهتمام الدائم من قبل العديد من إدارات المدارس والمسئولين عن التشريعات الخاصة بها. وقد يرجع ذلك إلى ما تمت ملاحظته خلال تلك الفترة من إطلاق نار في المدارس بصورة لم يسمع أحد عنها من قبل إضافة إلى وجود

أسلحة مع الطلاب بالمدرسة أي إحضارهم لتلك الأسلحة معهم واستخدامها في المدرسة، ولجوئهم إلى العنف فضلاً عن استخدامهم للأدوية أو العقاقير فيها أيضاً أو بالأحرى إساءة استخدامهم لها وهو الأمر الذي أدى إلى فرض مقاييس أو محكات صارمة بغرض تحسين النظام في هذه المدارس، وتقليل العنف، والحد من استخدام العقاقير فيها.

ويتمثل أحد المقاييس الهامة التي يتم استخدامها في هذا الإطار والي يهدف إلى فرض النظام حتى يتم الحد من حدوث المخالفات الخطيرة في تلك السياسة التي تعرف بعدم التساهل أو التسامح zero tolerance وهو ما تناوله ذلك القانون الفيدرالي الخاص باستخدام المسدسات في المدارس وذلك في عام 1994 على أثر التشريع الخاص به. وفي ظل مثل هذه القوانين الفيدرالية فقد تلجأ إدارات المدارس إلى اختيار استخدام حرية التصرف أو الاختيار في تطبيق سياسة عدم التساهل أو التسامح على الرغم من أنهم قد يرفضون أحياناً القيام بذلك. وفي حالة تطبيق النظام فإن عدم التساهل أو التسامح يعني آنذاك كما يرى كوفمان وبريجهام (2000) Kauffman& Brigham أن الظروف المحيطة بحدث معين لا يكون لها أي وزن في تقدير ما يمكن أن يترتب عليه من نتائج حيث لا ينبغي التفكير في أي شيء في ذلك الوقت سوى القانون ذاته. فإذا قام أحد الطلاب على سبيل المثال بإحضار سلاح معين إلى المدرسة فإن الظروف والملابسات التي تؤدي إلى ذلك الحدث لا يتم النظر إليها على أنها ترتبط به وذلك عند تقدير تلك العقوبة التي يجب أن نقوم بتوقيعها على ذلك الطالب.

ومن الملاحظ أن سياسة عدم التساهل أو التسامح توازي بطرق عديدة العقوبة الإجبارية أو الإلزامية mandatory sentencing في النسق القانوني حيث تتطلب هذه العقوبة الإلزامية تحديد عقوبة معينة لمخالفة محددة دون النظر إلى الظروف والملابسات المحيطة بها. كما أنها قد صدرت في صورة قانون نظراً لأن القضاة غالباً ما كانوا يميلون إلى استخدام الرأفة فيها بدرجة كبيرة، وبذلك فقد اقتصر دورهم في ظل هذا القانون إلى مجرد تحديد ما إذا كان هذا الشخص أو ذاك قد ارتكب مخالفة جنائية معينة أم لا، وبالتالي فقد أصبح القاضي لا ينظر إلى أي حقيقة أخرى سوى ارتكاب تلك المخالفة من جانب الفرد حتى يقرر العقاب عليه وذلك بالحكم المحدد في صورة قانون والذي غالباً ما يمثل حكماً رادعاً حيث نجد مثلاً أن أحد الأشخاص قد يتم الحكم عليه بالسجن لمدة عشرين عاماً أو أكثر على ارتكابه لمخالفة معينة قد لا يفهمها من الأساس.

وهناك العديد من الملاحظات المماثلة قد أدت إلى اللجوء إلى سياسة عدم التساهل أو التسامح واستخدامها في النسق المدرسي، وكانت النتائج التي ترتبت على ذلك مشابهة لما

نحن بصدد الحديث عنه الآن حيث يفترض أن المديرين والمعلمين قد يسيئوا استخدام حرية التصرف أو الاختيار تلك في هذا الإطار وذلك لتحديد العقاب الرادع لارتكاب مخالفات خطيرة معينة كإحضار الطالب لسلاح معين إلى المدرسة مثلاً مما حدا بالسلطات التعليمية الأعلى إلى إلغاء حرية التصرف أو الاختيار من أيدي المعلمين والمديرين بالمدارس، وحددوا لهم العقوبة التي يجب تطبيقها في تلك الحالات بدلاً من ذلك والتي تتراوح بين الفصل لمدة طويلة من المدرسة والفصل النهائي منها على أثر ارتكاب الطالب مخالفة معينة مثل إحضاره سكين أو عقار طبي معين إلى المدرسة وذلك بغض النظر عن تلك الظروف والملابسات التي يمكن أن تحيط بمثل هذا الحدث. وعلى ذلك فلو أحضر طفل بالمدرسة الابتدائية بالصدفة البحتة سكيناً إلى المدرسة في علبة الطعام الخاصة به فسوف يترتب على ذلك فصله من المدرسة، وهو نفس ما يحدث لطالب المدرسة العليا. وإذا أحضر الطفل المتخلف عقلياً مسدساً لعبة toy gun إلى المدرسة وهو لا يفهم أن المسدس يعتبر سلاحاً، وأن اللعبة الدالة على السلاح ممنوعة في المدرسة، أو إذا كان بحوزته ولو جرعة واحدة من عقار طبي شائع الاستخدام فسوف يتم فصله من المدرسة على أثر ذلك. وقد أصبحت إدارة أي مدرسة تقوم على الفور باتخاذ مثل هذه القرارات التي تتعلق بفصل الطالب من المدرسة، وتقرها في الحال وذلك في ظل العمل وفقاً لسياسة عدم التساهل أو التسامح هذه.

ومن الجدير بالذكر أن العنف، والفوضى، واستخدام العقاقير في المدارس تعتبر من أهم المشكلات الخطيرة التي يجب أن نتناولها. ومع ذلك فإن التحرك الراهن باتجاه سياسة عدم التساهل أو التسامح، وتقنين العقوبات قد أدى إلى حدوث مشكلات معينة في التربية الخاصة. ومع أن معلمي التربية الخاصة يدركون كما يرى نيلسون وآخرون Nelson (1999) et.al. وسوجاي Sugai (1996) مدى الحاجة إلى النظام وأهميتها في تلك المدارس، وأن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى درجة عالية من الاتساق في تلك النتائج التي تترتب على أفعال معينة فإنهم مع ذلك يختلفون فيما يتعلق بتلك التعديلات التي لحقت عام 1997 بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات، ويرون أنه لا بد أن توجد بعض الاستثناءات بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات وذلك استناداً إلى تلك الإعاقات التي يعانون منها.

الاتجاهات السائدة في مجال فرض النظام على هؤلاء الطلاب

مما لا شك فيه أن فرض النظام على الطلاب ذوي الإعاقات قد تعرض للكثير من الجدل، كما أن معرفة المعلمين والمديرين بما هو قانوني في هذا الصدد لا تزال مشوشة. وهناك قواعد خاصة يتم تطبيقها على بعض السلوكيات الخطيرة التي تصدر عن الطلاب ذوي الإعاقات، فيتم تطبيقها في بعض الحالات، ولا يتم تطبيقها في حالات أخرى. وعلى أي حال فإن معظم

الجدل الدائر في هذا الإطار بالنسبة للتربية الخاصة فيما يتعلق بفرض النظام يقوم كما يرى بوك وآخرون (1998) .Bock et.al على البحث عن بدائل للفصل أو الاستبعاد المؤقت أو النهائي من المدرسة على أثر إحضار أسلحة أو عقاقير طبية إلى المدرسة، أو إلحاق الضرر بالآخرين نظراً لأن إبعاد مثل هؤلاء الطلاب عن المدرسة لا يعتبر وسيلة فعالة لمساعدتهم على أن يتصرفوا أو يسلكوا بعد ذلك بشكل مقبول.

وهناك في واقع الأمر ثلاثة مفاهيم وإجراءات ترتبط بها تمثل الأساس للقدر الأكبر من ذلك الجدل الدائر حول فرض النظام والتهذيب على الطلاب ذوي الإعاقات يمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

1- تحديد ما إذا كان السلوك يعد دليلاً أو برهاناً على إعاقة الطالب أم لا.

2- ضرورة إيجاد تسكين بديل يتم خلاله تعليم الطالب أثناء فترة استبعاده المؤقت من المدرسة.

3- تطوير خطط مناسبة للتدخل السلوكي الفعال والإيجابي.

وسوف نقوم بمناقشة مثل هذه الأمور بشكل أكثر استفاضة في الفصل السابع من هذا الكتاب حيث أنها تعد أكثر ظهوراً وتكراراً في حالة الطلاب المضطربين انفعالياً وسلوكياً.

وإذا ما عدنا إلى مثل هذه المفاهيم من جديد فإننا سوف نرى بطبيعة الحال أن تحديد ما إذا كان سوء سلوك الطالب يعد دليلاً على إعاقته أم لا يعرف بتحديد البيان أو البرهان manifestation determination. وتكمن الفكرة خلف هذا الجانب من القانون في أنه سوف لن يكون من العدل أن نعاقب طالباً على سوء سلوك يعد في واقع الأمر جانباً من إعاقته. ومع ذلك فإذا لم يكن سوء السلوك هذا برهاناً على الإعاقة أو دليلاً عليها فإنه يجب تطبيق العقوبة العادية التي يتم تطبيقها على الطلاب غير المعوقين في تلك الحالة. فعلى سبيل المثال إذا كان سوء السلوك الذي يصدر عن الطالب يعد نتيجة طبيعية لنوبة مرضية مثلاً، أو اضطراب عصبي آخر، أو اضطراب انفعالي، أو إعاقة عقلية فمن الطبيعي أن يترتب على ذلك عدم معاقبة هذا الطالب على ذلك. وعلى هذا الأساس يعتبر تحديد البيان أو البرهان أمراً غاية في الأهمية والخطورة في هذا الصدد لدرجة أن بعض الكتاب يعتبرونه كما يشير كاتسيانيس وماج (2001) Katsiyannis & Maag سياسياً أكثر منه تربوياً في جوهره. ومع ذلك فإن البعض يرى أن مثل هذه العملية تخفي في واقع الأمر جانباً كبيراً من العدل في مثل هذه القضية مما يقوض العدل فيها نظراً لأن تلك القواعد أو الإجراءات التي تتعلق بتحديد البيان أو البرهان لا تعد موضوعية كلية، وأنها تتضمن أحكاماً ذاتية حول أسباب سوء

السلوك.

وربما يتمثل أكثر الأجزاء أهمية فيما يتعلق بفرض النظام وفقاً لذلك التعديل الذي طرأ على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات في عام 1997 في ذلك المطلب الذي يرى أنه ينبغي على المعلمين أن يقوموا بتصميم خطط للتدخل السلوكي الإيجابي للطلاب ذوي الإعاقات الذين يعانون من بعض المشكلات السلوكية، وبالتالي ينصب الاهتمام والتركيز هنا كما يشير بوك وآخرون (2000) .Buck et.al وسوجاي وآخرون (2000) .Sugai et.al ورويف وآخرون (1998) .Ruef et.al على إيجاد التدخلات الفعالة والإيجابية. وعندما يتم فرض نظام خاص على المدرسة فإنه ينبغي على المدرسة في تلك الحالة أن تقوم بإعادة تقييم خطة التعليم الفردية أو برنامج التعليم الفردي الذي يتم تقديمه للطالب، ويتم بذل الجهود في سبيل تناول سوء السلوك الذي أدى إلى حدوث المشكلة موضوع الحوار. وإلى جانب ذلك ينبغي أن يكون هناك تقييم سلوكي وظيفي functional behavior assessment يحدد المربون من خلاله تلك العوامل التي تعد هي المسئولة عن سوء السلوك من جانب الطالب. وعلى الرغم من أن فكرة التقييم الوظيفي تعتبر في حد ذاتها كما يشير ساسو وآخرون (2001).Sasso et.al موضوعاً جدلياً فإنه يتضح أن محتوى المطلب القانوني إنما يتمثل في تشجيع الحل الإيجابي أو الفعال للمشكلات بدلاً من رد الفعل الذي يتمثل في العقاب على سوء السلوك.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك كما يشير برادلي (2001) Bradley تدعيم السلوك الإيجابي positive behavioral support وهو ما يعرف أيضاً بالتدخل والتدعيم الإيجابي للسلوك positive behavioral intervention and support والتي تعد بمثابة إجراءات يتطلبها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات حتى نتمكن من مساعدة هؤلاء الطلاب على أن يسلكوا وفق ما هو مرغوب. ويتم آنذاك التأكيد على تلك النتائج الإيجابية للسلوك الملائم أي الإثابة وذلك بدلاً من العقاب على سوء السلوك.

هذا ويتم أثناء تدعيم السلوك الإيجابي استخدام استراتيجيات منظمة وفردية وذلك في سبيل منع حدوث مشكلات سلوكية، وتحقيق نتائج تعلمية واجتماعية إيجابية. وتعمل هذه الإجراءات على الدمج بين النتائج ذات القيمة، وعلم السلوك الإنساني، والإجراءات الرسمية، وتغيير النسق في سبيل تحسين جودة الحياة، والحد من مشكلات السلوك. ويتمثل الهدف الأساسي لذلك في تحسين العلاقة بين الأساليب الرسمية للبحث والبيئة التي يحدث فيها التعليم والتعلم. ويعمل هذا الاتجاه السلوكي القائم على الأنساق على تحسين قدرة كل من المدرسة والأسرة والمجتمع في سبيل تقديم التدريس الفعال، وتوفير بيئات التعلم المناسبة مما يعمل على تحسين تلك النتائج التي تتعلق بأسلوب الحياة سواء كان ذلك من الجانب

الشخصي، أو الصحي، أو الاجتماعي، أو الأسري، أو العمل، أو قضاء وقت الفراغ، أو ما إلى ذلك بالنسبة لكل الأطفال والمراهقين. وتعمل هذه البيئات على تطبيق تدخلات مناسبة ثقافياً وسياقياً حتى تجعل المشكلات السلوكية أقل فعالية وارتباطاً بها، وتجعل السلوك المرغوب من جانب آخر أكثر وظيفية.

بعض الأمور المتعلقة بفرض النظام

من الجدير بالذكر أن الصراع الذي يشهده مجال حل الأمور المتعلقة بفرض النظام فيما يتعلق بالطلاب ذوي الإعاقات لا يزال مستمراً. فمن ناحية نلاحظ أن مديري المدارس يريدون أن يصلوا إلى أقصى درجة ممكنة من الاتساق في التوقعات أي أن تكون لديهم نفس التوقعات المرتفعة لكل الطلاب، ومن ناحية أخرى نجد أن معلمي التربية الخاصة ومن يناصرون الأطفال ذوي الإعاقات يرون أن أي اتساق في القواعد التنظيمية بالنسبة لهؤلاء الأطفال يعد فشلاً في مواءمة القدرات والحاجات الفردية لهؤلاء الطلاب. وسوف تظل المتطلبات القانونية فيما يتعلق بفرض النظام بما في ذلك الفصل أو الاستبعاد المؤقت أو النهائي من المدرسة في تطور في الوقت الذي يحاول المربون فيه البحث عن أساليب أخرى أكثر إنتاجية للتعامل مع ما يصدر عنهم من مشكلات سلوكية خطيرة.

هناك العديد من الأسئلة التي لا تزال في حاجة إلى إجابات مناسبة لها حيث تعد من الأمور الهامة التي تواجهنا في هذا المجال. ومن الملاحظ أن مجموعة من هذه التساؤلات تدور حول كيفية تعليم الطلاب ذوي الإعاقات، وقد أدى هذا الأمر إلى بزوغ مجموعة أخرى من الأسئلة الشبيهة والتي تعد كل مجموعة منها على نفس درجة التعقيد والتحدي التي تميز المجموعة الأخرى من الأسئلة.

أما فيما يتعلق بالاتجاهات المختلفة، وفيما يتعلق بالأمور ذات الصلة بالتربية الخاصة، وبالأسلوب الذي نقوم من خلاله بتعليم هؤلاء الأفراد وفرض النظام عليهم فإن طبيعة التربية الخاصة قد أضفت إثارة وتحد على هذه الأمور فلم نصل فيها إلى رأي قاطع بعد حيث نجد هناك اتفاقاً على بعض الأمور واختلافاً على بعضها الآخر. ويبقى علينا أن نبحث عن أفضل الطرق والسبل التي يمكننا بموجبها أن نقدم لهم ما يحتاجون إليه من تعليم، وخدمات أخرى خاصة بهم وترتبط بإعاقاتهم وهو الأمر الذي سيؤدي حتماً إلى اختلاف في الآراء.

الخلاصة: Summary

مما لا شك فيه أن التربية الخاصة قد تعرضت إلى تغييرات عديدة على مدى تاريخها، ويبدو أن هذا المجال سوف يشهد تغيرات أخرى عديدة. ولا يخفى علينا أن هناك ستة اتجاهات أساسية، وأموراً أو موضوعات ذات أهمية بالغة في هذا المجال هي :

1- الضم أو الاحتواء.

2- استخدام التكنولوجيا الحديثة.

3- المشاركة في تقييم مدى التطور الحادث.

4- التدخل المبكر.

5- الانتقال إلى مرحلة الرشد.

6- فرض النظام على هؤلاء الأفراد.

هذا وقد بدأ الاتجاه الأول والخاص بضم أو احتواء الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع الأكبر منذ الستينيات من القرن الماضي، واستمر بعدها، وأصبح أقوى مما كان عليه من قبل. ويأتي القدر الأكبر من الإطار الفلسفي الذي يستند إليه هذا الاتجاه من مبدأ العادية أو السواء normalization والذي يقضي بأن كلاً من الوسائل والغايات التي ترتبط بتعليم الأفراد ذوي الإعاقات يجب أن تكون عادية بقدر المستطاع. ومع ذلك يدور جدل كبير حول إمكانية تطبيق هذا المبدأ حيث لا يزال هناك اختلاف حول ما إذا كان ذلك يعني إلغاء برامج الإقامة الداخلية والفصول الخاصة أم لا. وإلى جانب ذلك فإن أعضاء بعض الجماعات كالصم على سبيل المثال يتساءلون حول ما إذا كان مثل هذا المبدأ يعني الضم أو الاحتواء بالنسبة لهم أم لا. كما أن البعض الآخر من تلك الفئات تحذر من أن الاستخدام المفرط للتكنولوجيا قد يكون ضد مفهوم العادية أو السواء ولن يعمل على تحقيقه.

هذا وقد شهد المجال حدوث ثلاث حركات هامة في سبيل تحقيق درجة أكبر من الضم أو الاحتواء لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات هي :

1- الإخراج من المؤسسات.

2- تحديد الذات.

3- الضم أو الاحتواء الكلي (الدمج الشامل).

فبدءاً من ستينيات القرن الماضي كان الإخراج من المؤسسات اتجاهاً يعمل على جعل

الأفراد ذوي الإعاقات على درجة أكبر من الاحتكاك الوثيق بالمنزل والمجتمع. وقد رفض البعض مبدأ الإخراج من المؤسسة حيث لم يستفد منه بعض الأفراد ذوي الإعاقات، وارتفع معدل الوفيات بينهم قياساً بأقرانهم الذين كانوا لا يزالون في المؤسسات الخاصة بهم. أما تحديد الذات فيقوم على فلسفة أن الأفراد ذوي الإعاقات يجب أن يشاركوا في اتخاذ القرارات الخاصة بهم. ويرى المؤيدون للضم أو الاحتواء الكامل أنه لا يجب أن تكون هناك فصول منعزلة أو تخص التربية الخاصة فقط، وأن الأفراد ذوي الإعاقات يجب أنم يذهبوا إلى المدارس التي تقع في محال إقامتهم، وأن التعليم العام يجب أن يتحمل مسئولية تعليم جميع الأطفال على السواء. ومع ذلك اعتقد آخرون في ذات الوقت أنه على الرغم من ضرورة تطبيق الدمج على مستوى أكبر مما هو عليه في الواقع فإننا لا نزال في حاجة إلى وجود متصل للتسكين يضم المدارس الداخلية الخاصة بهؤلاء الطلاب، ومدارس التربية الخاصة التي لا توفر الإقامة، والفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية، وغرف المصادر، وفصول التعليم العام وهو الأمر الذي يتيح الفرصة أمام الأسرة كي تختار من بين مثل هذه البدائل التي يتم إتاحتها أمامها لهذا الغرض وذلك بما يناسب الطفل ويسهم في تحقيق أكبر عائد له.

وجدير بالذكر أن الضم أو الاحتواء الكامل يقوم على أربعة مقدمات هي :

1- أن إضفاء نعت معين على هؤلاء الأفراد يعد أمراً خطيراً.

2- عدم فعالية برامج الانسحاب المؤقت في مجال التربية الخاصة.

3- النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية.

4- أولوية المنظور الأخلاقي على النزعة الإمبيريقية.

وقد نبع عدم الموافقة على إضفاء نعت معين على هؤلاء الأفراد من الخوف من أن يعمل مثل هذا النعت على وصمهم وجعلهم يشعرون بعدم الجدوى أو عدم القيمة. ومع ذلك فلم تكن نتائج البحوث التي أجريت في هذا المجال قاطعة، بل كانت متضاربة في هذا الخصوص، أما ما يمكن أن نؤكده فهو أن الناس يميلون إلى النظر إلى أولئك الأفراد الذين يتصفون بنعت معين بشكل يختلف عما يفعلونه مع أقرانهم الذين لا ننعتهم بصفة معينة. ورغم ذلك يرى بعض المربين أن هذا النعت قد يعطي تفسيراً لسلوك لا نمطي أو غير نموذجي يصدر عنهم، ويميزهم عن غيرهم من الأفراد.

وغني عن البيان أنه قد تم خلال الثلاثين عاماً السالفة إجراء ما يزيد عن خمسين دراسة تقارن بين الطلاب ذوي الإعاقات بمدارس التربية الخاصة في مقابل أقرانهم من المعوقين الذين تم احتواؤهم بمدارس التعليم العام، أو تقارن بين أولئك الذين يتعلمون في غرف

المصادر بأقرانهم المعوقين في الفصول العادية بالتعليم العام. ولم تكن النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات مؤيدة لبقائهم منعزلين في مدارس التربية الخاصة.

ويعتقد المؤيدون للضم أو الاحتواء الكامل أن تلك المشكلات التي يواجهها الأفراد ذوو الإعاقات ترجع إلى كونهم أعضاء في جماعة من الأقليات بدلاً من كونها ترجع إلى إعاقتهم في حد ذاتها. وتتفق هذه الرؤية مع ما تنادي به حركة حقوق المعوقين التي ينادي أعضاؤها بالعديد من الحقوق المدنية للأفراد ذوي الإعاقات، كما أنهم قد شكلوا بذلك جماعة للضغط على المشرعين مما أدى إلى تقديم صور أكثر ملاءمة لهؤلاء الأفراد في وسائل الإعلام. ومع ذلك فإن بعض المؤيدين للضم أو الاحتواء الكلي لا يهتمون بما إذا كان هذا الاتجاه أكثر أو أقل فعالية من برامج الانسحاب المؤقت من التربية الخاصة، ولكنهم يعتقدون في الضم أو الاحتواء الكامل أو الكلي لأنهم يعتقدون أنه هو الشيء الأخلاقي الذي يجب عليهم أن يقوموا به.

ومن جانب آخر نجد أن المناوئين للضم أو الاحتواء الكامل أو الكلي يرون العديد من الحقائق على النحو التالي:

1- أن المختصين والآباء راضين في الواقع عن ذلك المستوى الحالي للدمج الذي وصلنا إليه في المدارس

2- أن معلمي التعليم العام غير راضين عن وجود الأفراد ذوي الإعاقات معهم، وأنهم أي المعلمين غير قادرين على أن يسايروا أولئك الطلاب.

3- على الرغم من أن النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية يعد حقيقياً فإن هناك العديد من جوانب القصور التي تواجهنا عندما يصل الأمرإلى حد ترجمة ذلك في صورة برامج تربوية يوصى باستخدامها في هذا الصدد.

4- أن عدم الرغبة في وضع الأدلة الإمبيريقية في الاعتبار إنما يعكس في الواقع عدم مسئولية من الناحية المهنية.

5- أن الأدلة الإمبيريقية المتاحة لا تؤيد أو تدعم الضم أو الاحتواء الكامل.

6- أن على معلمي التربية الخاصة في ظل عدم وجود بيانات تؤيد استخدام نموذج معين لتقديم الخدمات الإبقاء على متصل التسكين بما يتضمنه من بدائل عديدة.

وحتى أولئك المربون الذين يعملون في مجال التربية الخاصة، والذين لا يعتقدون في الدمج أو الاحتواء الكامل يرون أنه يجب أن يكون هناك معدل أكبر من دمج الطلاب ذوي الإعاقات

في مدارس التعليم العام، كما أنه يجب إجراء المزيد من الدراسات حول أفضل السبل التي يمكن بمقتضاها تنفيذ هذا الدمج. ومن أشهر الممارسات المرتبطة بالدمج ما يلي :

1- فرق الحكماء.

2- الإرشاد المشترك.

3- التدريس التعاوني.

4- المناهج والاستراتيجيات التعليمية.

أما فيما يتعلق بتلك المناهج والاستراتيجيات التعليمية التي يتم استخدامها في هذا الإطار فإنها تتضمن عدة أنماط من أهمها ما يلي :

1- المناهج التي يتم تصميمها بغرض تغيير الاتجاهات نحو الإعاقة.

2- التعلم التعاوني.

3- تدريس الأقران لبعضهم البعض.

4- المشاركة الجزئية في الأنشطة.

ومن الجدير بالذكر أن حركة الإصلاح القائم على المعايير والتي سادت خلال العقد الأخير من القرن الماضي قد اتسع نطاقها ليشمل الطلاب ذوي الإعاقات. وتركز هذه الحركة على التوقعات الأكثر ارتفاعاً من كل الطلاب وقياس مدى التحسن الذي يحدث فيما يتعلق بتحقيق الأهداف الأكاديمية باستخدام اختبارات مقننة أو أي إجراءات أخرى يتم استخدامها في القياس. إلا أنه غالباً ما يتم استبعاد الطلاب ذوي الإعاقات من المشاركة في مناهج التعليم العام ومن استخدام الاختبارات المقننة عليهم لقياس مدى تحسن مستواهم من الناحية الأكاديمية. ومن الملاحظ أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات يتطلب في الوقت الراهن أن يقوم الأفراد ذوو الإعاقات بدراسة تلك المناهج التي يتم تقديمها في مدارس التعليم العام والتي يقوم أقرانهم غير المعوقين بدراستها، وبالتالي يتم تضمنهم في قياس مدى التحسن الأكاديمي على مستوى الولاية وذلك باستخدام بعض المواءمات الضرورية في تلك الاختبارات المستخدمة حتى تناسبهم. ويجب أن تتضمن مثل هذه المواءمات استخدام صيغ بديلة لعرض وتقديم المهام المختلفة التي يتم تقديمها لهم، أو الاستجابة لها.

ومما لا شك فيه أن هناك تأكيداً متزايداً على استخدام الأفراد ذوي الإعاقات للوسائل التكنولوجية الحديثة والتي تتضمن الوسائل الطبية المختلفة، وأساليب التواصل حيث يدور جدل كبير في الوقت الراهن حول ما إذا كان ينبغي علينا أن نقوم بشيء معين يمكننا أن نقوم به في الواقع وهو الأمر الذي أدى بالأساليب التكنولوجية الحديثة أن تتبع ما يعرف بالتصميم

العالمي universal design حتى يتم استخدام الوسيلة التكنولوجية أو البرنامج من جانب أكبر عدد ممكن من المستخدمين في ذات الوقت.

ومن جانب آخر فإن برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم تشهد في الوقت الراهن إدخال بعض التعديلات عليها بالقانون. وتتمثل إحدى النقاط الهامة التي يرتكز عليها التدخل المبكر فيما يعرف بالخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسريةIFSPوالتي تشبه خطة التعليم الفردية أو برنامج التعليم الفردي، ولكنها تختلف عنها في نقطة وحيدة وهامة هي أنها توسع دائرة اهتمامها أو محور اهتمامها ليشمل الأسرة. وهناك في واقع الأمر أنماط عديدة من برامج التدخل المبكر إذ يتم تصنيف تلك البرامج وفق أسس مختلفة، ومن أهم الأساليب المستخدمة في تصنيفها والتي تعد أكثرها شيوعاً ذلك الأسلوب الذي يركز على ما إذا كان يتم تقديمها في المركز أو في المنزل، أم أنها خليط من هذا وذاك. وهناك ثلاثة أمور ترتبط بالتدخل في مرحلة الطفولة المبكرة هي :

1- الدور المناسب الذي يمكن أن تلعبه الأسرة في هذا الصدد.

2- ما إذا كان ينبغي أن يتمركز المنهج الدراسي حول المعلم أم حول الطفل.

3- ما إذا كان الضم أو الاحتواء الكامل هو الأفضل لكل الأطفال الأصغر سناً أم لا.

ومن الأمور الملفتة للنظر أن القانون الفيدرالي يتعرض في الوقت الراهن لتخطيط تلك البرامج التي ينبغي أن يتم تقديمها خلال فترة الانتقال من المدرسة الثانوية إلى الرشد. ويتم النظر إلى الانتقال هنا على أنه يتضمن مجموعة من الأنشطة التي تسود خلال فترة ما بعد الانتهاء من المدرسة بما في ذلك التعليم بعد الثانوي، والتدريب المهني، والتشغيل القائم على الدمج، والتعليم المستمر أو التعليم خلال مرحلة الرشد، والخدمات التي تقدم للراشدين، والحياة المستقلة، أو المشاركة في الأنشطة المجتمعية. وقد أدخل القانون تعديلاً يجعل من الضروري بالنسبة لتلك الخطط التي تتناول مرحلة الانتقال هذه أن يتم دمجها في برامج التعليم الفردية التي تقدم للطلاب ذوي الإعاقات. كما يركز كذلك على كل من التشغيل والأمور التي ترتبط بجودة الحياة بالنسبة لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات.

ويعد التشغيل القائم على المساندة إحدى الطرق التي يتم استخدامها لدمج الأطفال ذوي الإعاقات في مكان العمل حيث يقوم المدرب المهني بتقديم التدريب اللازم على مهنة معينة وذلك في موقع العمل والذي يتناقص تدريجياً مع تعلم العامل القيام بأداء تلك الوظيفة بشكل مستقل. ومن ناحية أخرى فإن الأمور التي تتعلق بالانتقال من المدرسة الثانوية إلى مرحلة الرشد بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات الشديدة تركز بشكل كبير على التناسق والترابط بين

العديد من الهيئات خارج نطاق المدرسة. أما بالنسبة لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات البسيطة فإن معظم هذه الأمور تركز على توفير تلك البرامج التي توازن بين الحاجات المهنية والأكاديمية. هذا ويرى بعض المربين أن ذلك الاهتمام الذي ساد مؤخراً بالمعايير الأكاديمية سوف يؤدي إلى التغاضي عن حاجات هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقات.

ومن جانب آخر فإن الاهتمام بتوفير مدارس آمنة ومنظمة قد أدى إلى وجود بعض السياسات المتضاربة التي ترتبط بفرض النظام على مثل هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقات حيث يدور جدل كبير في هذا الإطار يتكز غالبيته حول ما يعرف بسياسة عدم التساهل أو التسامح وذلك بالنسبة لبعض السلوكيات التي تكون نتيجتها الحتمية هي فصل أو استبعاد الطالب من المدرسة سواء كان ذلك مؤقتاً أو دائماً. ومن أمثلة هذه السلوكيات قيام الطالب بإحضار سلاح معين إلى المدرسة، أو إحضاره عقار طبي معين معه على سبيل المثال. وفي سبيل فرض النظام على هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقات يجب أن يتم تحديد ما إذا كان سوء السلوك يعد دليلاً أو برهاناً على الإعاقة أم لا. ومع ذلك لم يسمح القانون بالاستمرار في تعليم هؤلاء الطلاب عند فصلهم أو استبعادهم من المدرسة. ورغم هذا فإن التعديلات التي طرأت على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات في عام 1997 تركز في الأساس على حل المشكلات بدلاً من عقابهم وهو ما يتطلب تطوير خطط تدخل سلوكي إيجابي وفعال، والقيام بالتقييم الوظيفي للسلوك حتى يتم حل ما يمكن أن يواجههم من مشكلات، أو الوقاية منها ومنع حدوثها.

الفصل الثالث

3

مظاهر التعدد الثقافي والثنائية اللغوية في التربية الخاصة

Multicultural and Bilingual Aspects of Special Education

شهد العقد الأخير من القرن العشرين والسنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين انقسام أمم وأقاليم عديدة إلى أحزاب أو زمر، وعشائر، وقبائل، وشلل. وفي بعض الحالات صاحب هذا الانقسام قسوة مفرطة من جانب بعض الأفراد أو الجماعات تجاه الآخرين. وقد كان السبب في تلك القسوة الموجهة للآخرين في كثير من الأحيان يرجع إلى تلك الاختلافات والفروق بين الطرفين في الديانة، أو الأصول العرقية، أو اللون، أو العادات، أو حتى الطبقة الاجتماعية. ولا يختلف ذلك عما شهده تاريخ البشرية من قبل مما جعل مثل هذا الانقسام وتلك القسوة هي المشكلة المحورية التي عانت البشرية منها على مدى تاريخها الطويل. ومن الأدلة الدامغة على ذلك أننا لا زلنا ونحن في بدايات القرن الحادي والعشرين نلاحظ أن الرق أو العبودية لا تزال موجودة في بعض أقطار من العالم وإن اختلف شكلها.

ومع أن كل الثقافات والجماعات العرقية الموجودة بالعالم يمكنها أن تفتخر بجانب كبير من تراثها فإن معظمها إن لم تكن كلها تشعر بالخجل لأنها في وقت ما من تاريخها مارست العبودية للآخرين. وقد امتدت تلك المعاملة في بعض الأحيان لتشمل أعضاء في جماعة معينة من الأقليات حيث كان يستند التمييز في المعاملة على وجود اختلاف بين الطرفين في بعض جوانب من الهوية الإنسانية، كما كان يتضمن الخوف، والكراهية، وإساءة العلاقات. فإذا شعرت إحدى الجماعات بوجود تمييز ضدها، ولم تر أملاً في أن تشعر بقيمتها، أو في التعامل الجيد معها فإنها حتماً سوف تبحث عن الاستقلال، والحكم الذاتي، كما أنها قد تلجأ في أحيان أخرى إلى تهديد الآخرين أو استعبادهم.

وهناك العديد من الرؤى حول تاريخنا المشترك والتي غالباً ما يتم سردها من وجهة نظر واحدة مما يجعلها تبدو في جانب منها غير حقيقية، كما قد تكشف في جوانب أخرى عن إساءة الفهم والصراع. ويرى روجر ويلكينز (2001) Roger Wilkins أن آلام الماضي تدعو إلى حجب الجدل الدائر حالياً حول حقوق الضحايا مما يجعلنا نلجأ إلى تقسيم الماضي إلى فترات بسيطة وذلك بشكل انتقائي نتجنب خلاله التعقيد الإنساني الحقيقي وذلك حتى نثير ذلك الجدل الدائر، ونعمل على إشباع الحاجات الضرورية وإن كانت غير مرتبطة به. ولكننا مع ذلك ينبغي ألا ننسى أن الراية أو العلم flag الكونفيدرالي على سبيل المثال يعد بمثابة رمز للكرامة التي سادت خلال ذلك الماضي، كما أن كل السود كانوا ضحايا وهو الأمر الذي سوف يؤثر على المستقبل، كما يؤثر أيضاً على الحاضر في ذات الوقت.

ومن المهم إذن أن نتعلم وأن نساعد الآخرين على تعلم تلك الحقائق التي يتضمنها التاريخ والحياة المعاصرة إلى جانب التسامح مع أولئك الذين يختلفون عنا من خلال فهم وتقبل لذلك المبدأ الذي يرى أن من يختلف عنا يتساوى معنا كبشر. وعلاوة على ذلك فمن المهم بالنسبة لمعلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام على حد سواء أن يفهموا ذلك الهدف من التربية متعددة الثقافات multicultural education تلك التربية التي تهدف في الأساس إلى تغيير المدارس أو المعاهد التعليمية والمناهج الدراسية حتى يتم تقديم فرص تعليمية متكافئة للطلاب بغض النظر عن الجنس، أو الطبقة الاجتماعية، أو الأصول العرقية، أو السلالة، أو الإعاقة، أو أي هوية ثقافية أخرى. كما أنها تعمل من جانب آخر على تنشئة الطلاب وفقاً لمعيار متعدد الثقافات يتضمن التسامح واحترام من تختلف ثقافتهم عنا وكذلك من تختلف معرفتهم بتاريخنا المشترك عن معارفنا.

وهناك بعض النقاد الذين يرون كما يشير توماس Thomas (1998) أن التربية متعددة الثقافات تعمل على تقويض الأسس الأخلاقية للمجتمع والهدف الأساسي من التعليم المدرسي وإن كانت تزيد من الكفاءة الأكاديمية للطلاب. وعلى الرغم من أن البعض قد ينظر إلى التعدد الثقافي بصورة مشوهة حيث يتم رؤيته على أنه أيديولوجية يتعذر تبريرها أو الدفاع عنها حيث أننا لا نفهم كيف يمكن لتلك التربية متعددة الثقافات التي نؤيدها ونناصرها أن تصبح أي شيء آخر غير أن تساعد في رفع مستوى التعلم الأكاديمي للطلاب، وتنشئتهم وفقاً للمبادئ القومية الأمريكية.

ومنذ ظهور حركة الحقوق المدنية في الستينيات من القرن الماضي أصبح المربون على دراية متزايدة بذلك المدى الذي تعمل فيه الفروق بين الجماعات الثقافية والعرقية على التأثير في التعلم المدرسي للأطفال. وبالتدريج أدرك المربون وغيرهم أن التنوع الثقافي الذي تشهده الولايات المتحدة الأمريكية والعالم من حولها يتطلب اللجوء إلى التربية متعددة الثقافات. ومع ذلك فإن التحرك باتجاه تلك التربية متعددة الثقافات يعد بطيئاً مما حدا بالتطور في ذلك الاتجاه أن يكون بطيئاً هو الآخر. وقد يرجع ذلك في جانب منه إلى أن كل الجماعات الثقافية تميل إلى رؤية أنفسها على أنها هي المعيار الذي يجب أن نحكم على الآخرين في ضوئه.

هذا وتتطلب التربية التي تهتم بالتنوع الثقافي في مدارسنا والعالم الأكبر تحليلاً وتخطيطاً أكثر دقة. وقد يكون من الصعب جداً على كل الجماعات الثقافية أو العرقية أن تجد الإشباع الكافي لها في أي منهج دراسي حتى وإن كانوا يبحثون عن ذلك المثال متعدد الثقافات. وفضلاً عن ذلك فإن البعض كما يشير رودريجويز Rodriguez (1992) وهيرسك Hirsch (1996) وكنيدي Kennedy (1997) يرى أن ذلك الهدف الأكثر أهمية في ثقافتنا

إنما يتمثل في تحديد تلك الثقافة العامة التي يجب أن يلم بها جميع الأفراد، والتأكد من أن جميع الأطفال قد أصبحوا على علم بها. وإذا كانت الولايات المتحدة الأمريكية تعد كما يشير برايس (1992)Price وسبنسر (1997) Spencer هي تلك البلد الذي تذوب فيها كل الثقافات لدرجة أن البعض يشبهونها بالسبيكة التي تتألف من عدد من المعادن التي تنصهر جميعها، وتتحد معاً، أو تتفاعل معاً مما يؤدي بالتالي إلى تكوين مادة جديدة تماماً، ومع ذلك فإن البعض قد أصبح يعترض على تلك الفكرة، بل ويرفضها من الأساس حيث يذكر أحد المدرسين في إحدى دراسات الحالة التي تم تسجيلها بالفيديو والتي تتناول التربية متعددة الثقافات كما يؤكد ماكنيرجني (1992) McNergney بأنه لا توجد لديه الرغبة في أن ينصهر ولكنه يود بدلاً من ذلك أن يمثل نوعاً من الإثراء، بل ويضيف إلى ذلك تشبيهاً يرى من خلاله أنه إذا كان يشبه ثمرة الجزر فإنه يود أن يظل محتفظاً بمذاق الجزر حتى عند إضافته إلى غيره من الخضروات، فيضيف بالتالي إلى مذاق مثل هذا الخليط مع احتفاظه بمذاقه الخاص به.

ومن الجدير بالذكر أن العنصرية والتمييز لا يزالان حتى الآن من المشكلات الخطيرة التي تواجه الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من المجتمعات، كما أنه لا يوجد حل بسيط لمثل هذه المشكلات حيث أنها توجد بين كل الجماعات العرقية تقريباً. ومن المدهش أن الأفراد في كل ثقافة من تلك الثقافات يناضلون في سبيل الإبقاء على بعض الفروق التي قد تبدو تافهة أو سطحية للبعض ولكنها تحثهم على الاستجابات الانفعالية الشديدة لها، وتميزهم عن غيرهم من الثقافات. ويصف روسيل (1992) Russell التمييز بين الأفراد بحسب اللون وهو الأمر الذي لا يمارس بين الأمريكيين البيض والأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية فحسب، ولكن أيضاً بين الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية من ذوي الألوان المختلفة. وأياً كان ذلك الأساس الذي يستند عليه التمييز بين الجماعات سواء تمثل ذلك في اللون، أو الجنس، أو الديانة، أو التوجه الجنسي (عادي- شاذ)، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة، أو حتى القدرات فإنه عادة ما يصاحبه كما يؤكد هورويتز (1998) Horwitz عداء ومعاناة حيث يكون العداء في مثل هذه الحالة للآخرين، أما المعاناة فترجع إلى ما يترتب على موقف الآخرين منه إذ لا تزال العديد من الاتجاهات العنصرية موجودة للآن بكل أقاليم الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من دول العالم، كما أنه لا توجد أي جماعة ثقافية تعد متحررة تماماً من التحيز والمشاعر العنصرية وذلك على الرغم من وجود بعض العناصر المتشابهة بينهم.

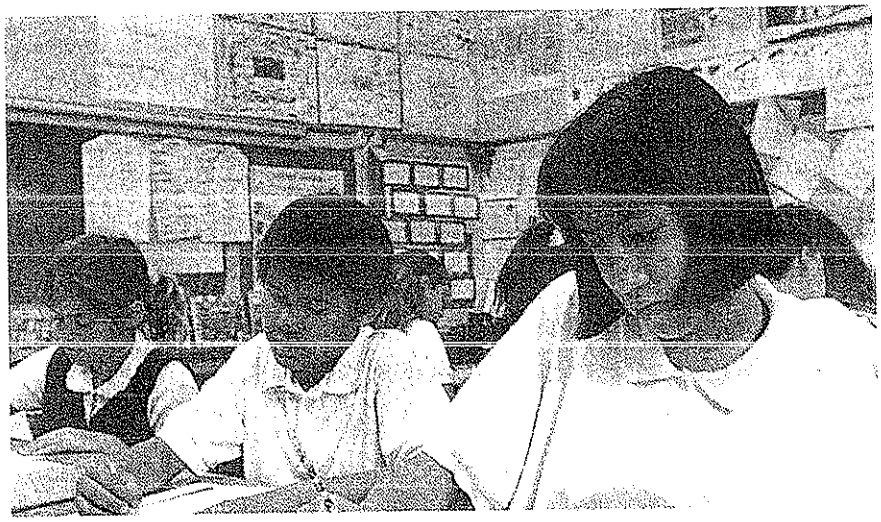
ومن الواضح أن الحل كما أشرنا سلفاً لا يعد في نفس بساطة الحساسية لتلك الفروق التي يمكن أن يتم إدراكها بين الجماعات الثقافية المختلفة. وقد أدت مثل هذه الفروق إلى

ظهور بعض المفاهيم مثل التمركز حول ذوي الأصل الأوربي Eurocentrism في مقابل فوبيا الأصل الأوربي، Europhobia والتمركز حول ذوي الأصل الأفريقي في مقابل فوبيا ذوي الأصل الأفريقي، Afrophobia والتمركز حول المواطنين الأصليين homocentrism في مقابل فوبيا المواطنين الأصليين حيث تقابل الحساسية للفروق بين هذه الجماعات بالحساسية المفرطة التي ترتبط باختلاف الجماعة الثقافية عن غيرها من الجماعات الثقافية الأخرى. وبالتالي يشير سكوفيلد Schofield (1997) وويليامز Williams (1998 أ، ب) أن الحل لن يكون مطلقاً في عدم رؤية مثل هذه الفروق، أو تجاهلها، أو ما إلى ذلك.

وإضافة إلى ذلك يرى سبنسر Spencer (1997) فيما يتعلق بالتمييز بين الأفراد بحسب اللون أننا في حاجة ماسة إلى محاربة العنصرية حتى لا يظل السود يشعرون بالدونية. ويضيف جلازر Glazer (1997، 1998) أن عدم وجود هوية عنصرية عند تقديم الخدمات لمختلف الأفراد والجماعات، وإتاحة الفرص المتكافئة للأقليات لن يفيد كثيراً في هذا الإطار. وبنفس الطريقة فإن التخلص من هذا النعت الذي نستخدمه لتمييز الأفراد ذوي الإعاقات سوف يؤدي حتماً كما يرى هالاهان وكوفمان Hallahan & Kauffman (1994) وكوفمان Kauffman (1999، 2001) إلى فقدهم لتكافؤ الفرص التعليمية. وقد يرجع ذلك إلى أنه لن يكون بإمكانهم أن يستفيدوا من تلك الفرص التي سوف نوفرها لهم آنذاك، كما أننا في الواقع لن نستطيع أن نتواءم مع ما لا نراه ولا نطلق نعتاً معيناً عليه. ومن هنا يمكننا أن نقرر أن الحل ربما يكمن ببساطة في وضع الجانبين معاً أي الاختلاف والتشابه حيث يجب أن يحتفظ الفرد بهويته الأصلية بما فيها من اختلاف عن الآخرين، وأن يصل في ذات الوقت إلى درجة معقولة من التشابه الثقافي معهم. ومن ثم فإن الأمر لا يتطلب أن تكون هناك حساسية للفروق بين الجماعات الثقافية، ولكنه يتطلب في الوقت ذاته عملية بناء للثقة لدى الفرد أو الجماعة الثقافية في أن تلك الفروق التي تميزهم عن الآخرين لن تكون مطلقاً مصدراً لتهديدهم من قبل هؤلاء الآخرين. وقد يتطلب الحل إلى جانب ذلك إجراء تغييرات وتعديلات معينة في المنهج المدرسي يتمكن أولئك الطلاب بموجبها من فهم تلك المعلومات والمعارف التي يتم تقديمها لهم وتعليمهم إياها، ويمكنهم أيضاً أن ينظروا إلى أنفسهم والآخرين من وجهات نظر مختلفة.

ومن المحتمل كما يرى كنيدي Kennedy (1997) أن نجد هناك ثقافة أمريكية فريدة تضع كل التنوعات الثقافية في إطار واضح من القيم المشتركة، وتنظر إلى تلك المشكلات التي تواجه المجتمع ككل بدلاً من النظر إلى مثل هذه المشكلات التي يمكن أن تواجه جماعة عنصرية أو عرقية معينة أو غيرها من تلك الجماعات الفرعية التي تضمها هذه الثقافة

المشتركة الفريدة. وبذلك فإن هذا المنظور يركز على عدم النظر إلى كل التنوع الموجود، ووجود حدود معينة للتسامح أو التساهل، كما يركز أيضاً على أن الثقافة الأمريكية هي ثقافة دينامية، وأنها تتطور باستمرار. وإلى جانب ذلك يوضح باترسون (1993) Patterson أن هناك حقيقة بسيطة لا يمكن تجاهلها تتمثل في وجود ثقافة قومية ينتج عنها بالقطع هوية قومية، وأن هذه الثقافة لا تعد خليطاً من الثقافات السائدة، وأنها ليست ساكنة ولكنها في الواقع تعتبر مسألة قومية متطورة حيث تنتقي من كل الثقافات الموجودة بعض عناصرها التي يمكن أن تفيد في تشكيل الهوية القومية، وتحاول بالتالي أن تعمل على صهرها في بوتقة واحدة.



يجب ألا تؤثر عضوية الطفل في أي جماعة عرقية على فرص التعليم المتاحة له

ومن الجدير بالذكر أننا ننظر إلى التربية متعددة الثقافات بقدر كبير من التفاؤل لأنها فرصة مواتية أمامنا يمكننا بموجبها أن نواجه مشكلاتنا المشتركة بجرأة، وأن نستخلص أفضل الخصائص الإنسانية من كل ميراث ثقافي. ودون أن ننكر لاإنسانية أي ثقافة تجاه الآخرين أو تجاه أعضائها فإن لدينا الفرصة كي نطور تقديراً لكنوزنا الثقافية الفردية والمشترك، وأن نصل إلى قدر معقول من التساهل أو التسامح- إذا لم يكن حب- مع كل تلك الاختلافات التي لا تعتبر ذات صفة تدميرية للروح الإنسانية في تلك الثقافة. ونحن نتفق مع برايس (1992)Price في أن أفضل وسيلة للتغلب على العزل الثقافي هي الضم أو الاحتواء حيث سيتم ذلك من خلال التمسك بالقيم الأمريكية الحقيقية.

ومما لا شك فيه أن التعدد الثقافي يعتبر الآن كما يشير ترينت وأرتيليز (1998) Trent & Artiles وأوتلي وأوبياكور (2001 – أ) Utley & Obiakor مجالاً خاصاً وخصباً للدراسة والبحث في التربية، وأن استكشافه هو أمر يخرج عن نطاق هذا الفصل. وتعد الكيفية التي ترتبط بها الاستثناءات بالتنوع الثقافي من الأمور ذات الأهمية الخاصة بالنسبة للمعلمين في مجال التربية الخاصة هذا إلى جانب تلك الطريقة التي تتواءم بها التربية الخاصة في السياق الأكبر للتعليم العام وذلك في مجتمع متعدد الثقافات. ومن جانب آخر فإن التنوع الثقافي يمثل تحديات معينة أمام معلمي التربية الخاصة وذلك في ثلاثة مجالات هي :

1- تقييم القدرات والإعاقات.

2- التعليم.

3- التنشئة الاجتماعية.

وقبل أن نناقش كلاً من هذه التحديات فسوف نقوم بتلخيص بعض المفاهيم الأساسية حول التربية والتنوع الثقافي والتي تحدد السياق الملائم للتعدد الثقافي والثنائية اللغوية للتربية الخاصة.

التربية والتنوع الثقافي: مفاهيم للتربية الخاصة

في واقع الأمر توجد العديد من التعريفات للثقافة، وكما يشير بانكس (1994) Banks فإن معظم علماء الاجتماع المعاصرين يرون الثقافة على أنها تتألف في الأساس من الجوانب الرمزية، والتصورية ideational أي المرتبطة بالتفكير، والجوانب غير الملموسة من المجتمعات الإنسانية. ويرى أن هناك ستة مكونات أو عناصر أساسية للثقافة هي :

1- القيم وأساليب السلوك.

2- اللغات واللهجات.

3- التواصل غير اللفظي.

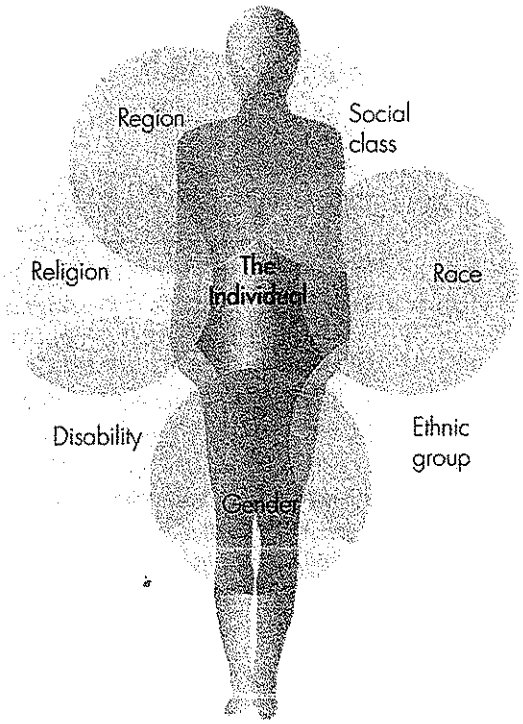
4- الوعي (بالتميز الثقافي للفرد).

5- الأطر المرجعية (وجهات النظر العالمية المعيارية).

6- التقمص (شعور الفرد بأنه جزء من الجماعة الثقافية).

وجدير بالذكر أن هذه العناصر الستة معاً تؤلف ثقافة عامة أو مشتركة يشار إليها أحياناً على أنها الثقافة الكبيرة macroculture والتي عادة ما تتضمن بداخلها أو تحتوي عدداً من

الثقافات الصغيرة microcultures والتي تعد بمثابة ثقافات أصغر تشترك في الخصائص العامة للثقافة الكبيرة، ومع ذلك فقد تتضمن كل منها مكونات فريدة لها كثقافة حيث قد تتضمن قيماً، وأساليب سلوك، ولغات ولهجات، وتواصل غير لفظي، ووعي، وأطر مرجعية، وكينونات. وقد يتوحد الفرد مع ثقافة كبيرة معينة، كما قد ينتمي إلى عدة ثقافات صغيرة مختلفة كما يتضح من الشكل التالي:



ينتمي الفرد إلى العديد من الجماعات الثقافية الصغيرة في ذات الوقت

ومن جانب آخر فإن اختلاف الثقافات الصغيرة التي قد ينتمي الفرد إليها تؤثر بالقطع على سلوكه، وعلى شخصيته. هذا وتتألف الثقافة الكبيرة في الولايات المتحدة الأمريكية من قيم معينة، ورموز، وأفكار مثل العدالة، والمساواة، والكرامة الإنسانية. أما الثقافات الصغيرة في إطار مثل هذه الثقافة الكبيرة بالولايات المتحدة الأمريكية فقد تشترك في مثل هذه القيم العامة، ولكنها مع ذلك تختلف في عدد من الأساليب الإضافية. ومما لا شك فيه أن عدد الثقافات الفرعية الممثلة في مدارس الولايات المتحدة الأمريكية قد تزايد بشكل ملحوظ في العقود الأخيرة نظراً لزيادة أعداد المهاجرين إليها من الأقطار الأخرى وخاصة من تلك البلدان التي تقع في الجانب الشمالي الشرقي من قارة آسيا.

ومن الملاحظ أن الولايات المتحدة الأمريكية قد شهدت العديد من التغيرات الديموجرافية المختلفة وذلك كما يتضح من التعداد القومي للسكان الذي تم إجراؤه عام (2000) إضافة إلى العديد من المصادر الأخرى حيث ازدادت أعداد المواطنين غير البيض زيادة سريعة وهائلة وهو الأمر الذي أدى إلى زيادة نسبتهم في المجموع الكلي للسكان، وزيادة التنوع الذي يتسم المجتمع به. وتدل الصورة الديموجرافية الأكثر تفصيلاً التي سادت خلال العقد الأخير على

مستوى أمريكا على أن فرد واحد من بين كل خمسة أفراد أمريكيين تقريباً لا يتحدث الإنجليزية في المنزل، وأن أكثر من مليوني جد هم الذين يتولون مسئولية تربية أحفادهم، وأن عدد المراهقين الذين يعملون بمفردهم وينعزلون عن أسرهم قد ازداد بمقدار الثلث تقريباً منذ عام 1990 .

ويضيف كوهين وكوهين Cohen & Cohen (2001) إلى ذلك العديد من الصور الأخرى من بينها على سبيل المثال ما يلي :

1- أن طفلاً واحداً من بين كل ستة أطفال تقريباً يعيش في فقر مدقع أو على الأقل في حالة شديدة من الفقر.

2- أن عدد المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية قد ازداد بشكل ملحوظ في العقد الأخير قياساً بالعقد السابق له.

3- أن الفقر يعرض الأطفال لدرجة كبيرة من المخاطر المرتبطة بالإعاقة وذلك قياساً بأقرانهم الذين تتم تنشئتهم في ظروف اقتصادية جيدة وهو ما أشار إليه فوجيورا وياماكي Fujiura &Yamaki (2000) .

4- أن الولايات المتحدة الأمريكية من هذا المنطلق تعد بمثابة ملجأ لكل المهاجرين من الأقطار الأخرى كما نوه هاريسون Harrison (2000) إلى ذلك.

5- أن العديد من الأطفال في المناطق الحضرية كما يرى واكر Walker (2000) يقضون جزءاً كبيراً من الوقت في الشوارع، وبالتالي فإنهم يعدون بلا مأوى.

وعلى هذا الأساس تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية في القرن الحادي والعشرين أكثر تنوعاً عن ذي قبل وذلك فيما يتعلق بالثقافات الصغيرة التي تتضمنها حيث تشهد تنوعاً واضحاً في الجماعات العرقية، والوضع الاقتصادي، وأساليب الحياة، والإعاقات.

ومما لا شك فيه أن بعض التلاميذ الذين ينحدرون من بعض الثقافات الصغيرة في الولايات المتحدة الأمريكية يكون بإمكانهم أن يؤدوا بشكل جيد للغاية في المدرسة في الوقت الذي قد لا يستطيع البعض الآخر منهم أن يؤدي بنفس الكيفي. كما أن تلك العوامل التي تعد هي المسئولة عن الأداء المدرسي للأفراد الذين ينحدرون من الأقليات أو الجماعات الثقافية الصغيرة تتسم بتعقدها، وأن علماء الاجتماع من هذا المنطلق لا يزالون يبحثون عن تلك الاتجاهات، والمعتقدات، وأساليب السلوك، والفرص التي يمكن أن تؤدي إلى تحقيق النجاح من جانب جماعات معينة من تلك الجماعات التي تنتمي إلى الثقافات الصغيرة. ويقرر

الباحثون أن بعض الأسر التي هاجرت من شمال شرق آسيا أي من تلك المنطقة التي تعرف بالهند الصينية قد تبنت توجهاً معيناً نحو بعض القيم الأمريكية يتمثل في امتلاك المواد المختلفة والبحث عن المتعة والإثارة وهو الأمر الذي أدى إلى انخفاض الأداء الأكاديمي لأطفالهم قياساً بأقرانهم من أطفال تلك الأسر التي أبقت على القيم التقليدية المميزة لشمال شرق آسيا والتي تتمثل كما يشير كابلان وآخرون (1992).Caplan et.al في المثابرة، والتحصيل، والمساندة الأسرية. وقد تدل هذه النتائج إجمالاً على أن كلاً من المدارس والمعلمين قد يواجهون بمهمة ربما تكون مستحيلة ما لم تحدث تغيرات معينة في الثقافة الأصلية للتلاميذ. ومن الواضح أن النسق التربوي في الولايات المتحدة الأمريكية يمكن أن يأتي بثمار جيدة في هذا الإطار بشرط أن تتاح المساندة الأسرية والاجتماعية للتلاميذ خارج المدرسة.

ومن جانب آخر فقد لاحظ أوجبو (1992) Ogbu أيضاً ذلك الدور الذي تلعبه مجتمعات الأقليات المختلفة في تشجيع الأطفال والمراهقين على تحقيق النجاح الأكاديمي. ولذا فقد قام في هذا الإطار بالتمييز بين الأقليات المهاجرة أو تلك الأقليات التي أتت طواعية إلى الولايات المتحدة الأمريكية لتحقيق فوائد أو مكاسب اقتصادية واجتماعية من ناحية وبين تلك الأقليات التي تقوم على أساس التمييز الطبقي أي على أساس المنزلة أو الثروة، أو تلك الأقليات التي لم تأت طواعية إلى أمريكا من ناحية أخرى أي الأقليات التي وطأت أمريكا دون إرادتها حيث نجد أن معظم الصينيين أو الهنود البنجاب على سبيل المثال يمثلون أقليات أتت إلى الولايات المتحدة طواعية في حين نلاحظ أن الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي غالباً ما يمثلون أقليات أتت إلى الولايات المتحدة الأمريكية رغماً عنها أو دون إرادتها. ويرى أوجبو Ogbu أن أطفال الأقليات لا ينجحون أو يفشلون في المدرسة بسبب ما تفعله المدرسة أو ما لا تفعله فحسب، بل أيضاً بسبب ما يفعله المجتمع كذلك.

ومن هذا المنطلق فقد تم التوسع على ذلك الاقتراح الذي قدمه أوجبوOgbu حول أهمية المجتمع في هذا الإطار إلى جانب التأثيرات الفردية المختلفة فيما يعرف بالنظرية الاجتماعية الثقافية sociocultural theory وهي تلك النظرية التي قدمها رويدا وكيم (2001) Rueda & Kim كما في الشكل (2-3) والتي أشار إليها على أن التقرير الكامل عن التعلم والنمو أو التطور ينبغي أن يحدث في ثلاث مستويات هي:

1- المستوى الشخصي أو الفردي والذي يتضمن معارف الفرد، وانفعالاته، وسلوكه، وقيمه، ومعتقداته وهي ما يجب أن تتطابق في البحوث التربوية مع التلميذ كفرد

(واحد) أو ما يقوم به المعلم من ممارسات أي مع الخصائص السيكولوجية المختلفة (للتلميذ) أو الكفاءة (للمعلم).

2- المستوى بين الشخصي أو الاجتماعي والذي يتضمن التواصل، وأداء الأدوار، والحوار، والتعاون، والصراع، والمساعدة، والتقييم وهو ما يتم تناوله في البحوث التربوية في تلك الدراسات التي تتناول التفاعلات بين التعليم والتعلم مثل دراسة مجموعات التعلم التعاوني على سبيل المثال.

3- المستوى المجتمعي أو المؤسسي والذي يتضمن أشياء عديدة مشتركة كالتاريخ، واللغة، والقواعد، والقيم، والمعتقدات، والهوية وهو ما يتم تناوله أحياناً في الدراسات التي تتناول المدارس، أو الأحياء السكنية، أو المهن، أو الجيران، أو القبائل، أو الثقافات. وغالباً ما يتم تجاهل هذا المستوى الأخير من مستويات النمو في العلوم السلوكية، ويتم التركيز بدلاً من ذلك على عوامل مثل العلاقة بين الماضي والقوة الراهنة بين جماعات مختلفة وذلك في ظل اعتبارات معينة من أهمها ما يلي:

أ- الكيفية التي يتم بها تضمن تلك العناصر في المؤسسات الاجتماعية.

ب- الكيفية التي يدرك الأفراد والمجتمعات ذلك بموجبها، ويخبرونه من خلالها.

وبذلك فنحن نلاحظ أن النظرية الاجتماعية بوجه عام تركز على أن مثل هذه المستويات الثلاثة لا تنفصل عن بعضها البعض، وأن اللغة هي القوة الأولية التي تحدد تلك المستويات وتربط بينها.

وعلى الرغم من وجود الدليل على أن العديد من مجتمعات الأقليات ذات الأصول العرقية لها تأثير قوي على تحصيل الطلاب، وعلى سلوكهم المدرسي فإن هناك ثلاثة احتياطات يجب أن تتخذ في هذا الصدد هي :

1- أننا في حاجة إلى أن نحاذر من القوالب النمدلية التي تتضمن افتراضات بأن الهوية الثقافية للفرد تكفي لتفسير تحصيله الأكاديمي أو نجاحه الاقتصادي.

2- أن الحقيقة التي ترى أن مجتمعات الأقليات قد يكون لها تأثير قوي على النجاح في المدرسة لا يعفي المدرسة من توفير وتقديم تربية متعددة الثقافات للطلاب حيث يحتاج جميع الطلاب إلى أن يشعروا بأنهم هم وميراثهم الثقافي يدخلون في إطار مسار موحد للثقافة الأمريكية والتعليم المدرسي الذي يحدث هناك.

3- ما لم يقم المعلمون وغيرهم من أعضاء الهيئة التدريسية بتقدير أولئك الطلاب الذين يمثلون الأقلية فإنهم لن يرونهم على أنهم ذات قيمة، وأنهم يبشرون بالخير. وعندما يقومون بذلك فإنهم سوف يتصرفون إزاء هؤلاء الطلاب من خلال تحديد التوقعات المطلوبة منهم وليس تلك التوقعات التي لا يمكن تحقيقها.

ومن الملاحظ في هذا الصدد أن مساندة الأسر ومجتمع الأقلية قد تكون غير كافية لتحقيق النجاح الأكاديمي من جانب أولئك الطلاب الذين ينتمون إلى إحدى الأقليات حيث أنه غالباً ما يتم بخس الطلاب من الأقليات حقهم، وقيمتهم، والحط من مستواهم في المدرسة بغض النظر عن مستوى تحصيلهم وسلوكياتهم.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأهداف العامة التي تسعى التربية متعددة الثقافات إلى تحقيقها والتي يمكن أن تتحدد فيما يلي :

1- تدعيم افتخار الفرد بميراث الثقافي، وفهم تلك الثقافات الصغيرة التي تختلف عن ثقافته هو نفسه.

2- تكوين اتجاهات إيجابية لدى الأفراد تجاه التنوع الثقافي.

3- ضمان تكافؤ الفرص التعليمية لكل الطلاب.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه الأهداف التي تمت الإشارة إليها لا يمكن تحقيقها ما لم يقم الطلاب بتطوير فهم واستحسان وتقبل لميراثهم الثقافي إضافة إلى وعيهم بتلك الثقافات الأخرى التي تختلف عن ثقافتهم وتقبلهم لها. كما أنه ليس من المحتمل بالنسبة لكل من الفهم والاستحسان أو التقبل أن يتطورا بشكل تلقائي من خلال اتصال غير مخطط له بأعضاء الثقافات الصغيرة الأخرى. وعلاوة على ذلك فإن المعلمين يجب أن يقوموا بالتخطيط لتلك الخبرات التي تمدهم بالمعلومات عن تلك الثقافات وتعلمها لهم. كما ينبغي أيضاً عليهم توفير نماذج للوعي الثقافي، وتقبل واستحسان التنوع الثقافي.

وفي الأساس فإننا نجد أن ذلك التدريس الذي يتعلق بالثقافات المختلفة وإيجاد تقبل واستحسان للتنوع الثقافي لا يعدو في واقع الأمر أن يمثل مهمة بسيطة في هذا الإطار. ومع ذلك فإن هناك سؤالين يزيدان الأمر تعقيداً وذلك عندما نتجاوز هذا الأمر ونتناول التعدد الثقافي في التربية. وهذان السؤالان هما :

1- أي الثقافات يجب أن تتضمنها الثقافة الأكبر؟

2- ما الذي يجب أن نقوم بتدريسه عنها، وكيف يتم ذلك؟

وفي الواقع نلاحظ أن السؤال الأول يتطلب أن نضع في اعتبارنا كل الثقافات الصغيرة التي يمكن أن يتم تمثيلها في المدرسة، والصعوبات التي يمكن أن تواجهنا في تضمينها جميعاً في هذا الإطار. ومن المعروف كما يؤكد كوف وآخرون Keogh et.al. (1997) أن الولايات المتحدة الأمريكية بها أكثر من مائة ثقافة صغيرة أو فرعية مستقلة اعتماداً على الأصول القومية فقط. كما أننا نلاحظ في بعض المدارس التي تقع في المقاطعات الحضرية ذات الأعداد الكبيرة من الأطفال الذين ينحدرون من أسر المهاجرين وجود أكثر من عشرين لغة مختلفة يمكن التحدث بها في بيوت هؤلاء الأطفال أو بين أسرهم. إلا أن الأصل القومي أو العرقي لا يمثل سوى بعد واحد فقط من التنوع الثقافي أي فرع واحد فقط من بين العديد من هذه الفروع التي يتضمنها البرنامج متعدد الثقافات. ولا تعتبر الأصول العرقية هي التمثيل الوحيد في الثقافة حيث هناك اختلافات كثيرة في الثقافة داخل أي جماعة عرقية. وبذلك نجد في الواقع أن الافتراض القائل بوجود نفس القيم ووجهات النظر لدى جميع الأفراد الذين تتألف منهم الجماعة العرقية ما هو إلا شكلاً من أشكال النمطية.

وغني عن البيان أن العديد من المؤيدين للتعدد الثقافي يعتبرون أن الجنس، والتوجه الجنسي، والديانة، والإعاقة، وما إلى ذلك تعد بمثابة أبعاد إضافية للتنوع الثقافي تتطلب مزيداً من الانتباه إليها والاهتمام بها. وعلاوة على ذلك فإن بعض الجماعات متعددة الثقافات تنظر إلى التقاليد، والطقوس، والقيم، وغيرها من الخصائص المميزة للثقافات الصغيرة أو الفرعية الأخرى على أنها غير مقبولة، أو حتى عدائية. وهذا يعني أننا عندما ننتقل إلى ماذا نعلّم، وكيف يتم تعليم الثقافات الأخرى، فإن المسرح بطبيعة الحال سوف يكون ممهداً لحدوث صراع مع تلك الثقافات. كما أن التعامل مع كل الثقافات بنفس الدرجة من الاهتمام والاحترام قد يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات المنطقية وبين الشخصية.

ويعتبر استخدام اللغة أحد أهم المسائل الجدلية في التربية متعددة الثقافات حيث نجد من أهم الأسئلة الملحة في هذا الجانب على سبيل المثال ما يلي:

1- هل من المناسب أن نرجع إلى جماعة أقلية معينة أو أقليات عند تشكيل تلك الجماعة التي ينتمي إليها حوالي نصف عدد التلاميذ أو أكثر في مدرسة معينة، أو حي معين، أو ديانة معينة، أو حتى ولاية معينة على سبيل المثال؟

2- ما هي النعوت والمصطلحات المقبولة في جماعات معينة؟

3- ما هي اللغات أو اللهجات التي ينبغي أن نتعلمها في التعليم؟

ومع وصول العديد من المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية فإن أمر التعليم مزدوج

اللغة وعلاقته بالتعدد الثقافي قد أصبح في الواقع كما يشير جيرستين وآخرون Gersten et.al.(1994) وجيرستين وبيكر Gersten &Baker (2000) أمراً تتزايد أهميته بشكل مستمر. وكما سنوضح لاحقاً فإن التعليم مزدوج أو ثنائي اللغة يصبح ذات أهمية أكبر عندما نفكر في أولئك الأطفال ذوي الإعاقات. وعندما نضع تزايد الثقافات الصغيرة في اعتبارنا والتي تتطلب كل منها أن يتم تضمنها في المنهج المدرسي فإنه لن يكون من المدهش أن نجد أن المربين أحياناً ما يشعرون وكأنهم يدورون في دوامة الخيال والضغينة أو العداء. وعلاوة على ذلك فإن هناك العديد من الأسئلة الإضافية التي يجب أن تثار والتي تتناول القيم الثقافية، والتي تعتبر الأسئلة التالية من أهمها:

1- أي القيم والخصائص الثقافية هي التي ينبغي أن نعتنقها، وأيها يجب أن نتجنبه؟

2- هل يجب أن نبقي على بعض الثقافات كما هي، وأن نغير من بعضها الآخر بشكل دال، وأن نحد من بعض العناصر التي تؤلف غيرها؟

3- إلى أن حد يمكن أن يكون لأي ثقافة الحق في الاستمرار والدوام؟

4- كيف يمكننا أن نستجيب لبعض أعضاء من ثقافة أو جماعة الصم على سبيل المثال الذين يرفضون الوقاية من الصمم، ويرفضون استخدام تلك الإجراءات أو الوسائل التي يمكنها أن تساعد الأطفال الصم على السمع، أي الذين يفضلون الصمم على السمع ويودون الإبقاء على ثقافة الصم كما هي وذلك بمحض إرادتهم؟

واعتماداً على تلك الكيفية التي نعرّف الثقافة بها، وما يتضمنه ميراثنا الثقافي من قيم، والدور الذي يمكن أن يلعبه مثل هذا الميراث الثقافي في التربية متعددة الثقافات فإننا قد نجد أنفسنا وقد دخلنا أو انغمسنا في العديد من الصراعات العنيفة. ونظراً لتزايد مثل هذا الأمر في القرن الماضي فلم يكن غريباً أن نجد البعض يصفون الجزء الأخير من القرن العشرين وتلك السنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين على أنها عصر الحروب الثقافية. ولكي نتعامل بشكل فعال مع ذلك التحدي الذي يفرضه التعدد الثقافي فإننا يجب أن نركز على تلك التحديات التي ترتبط بالتربية الخاصة.

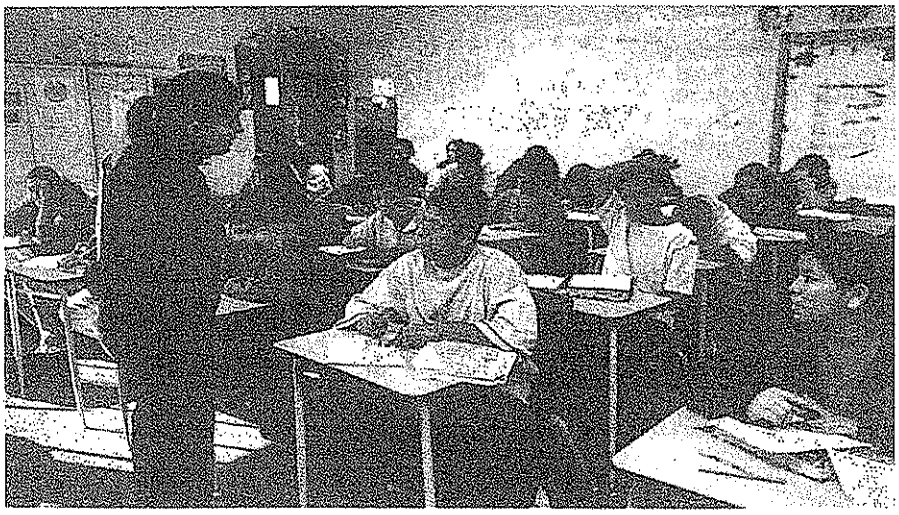
التربية الخاصة متعددة الثقافات وثنائية اللغة

Multicultural and Bilingual *Special Education*

تتمثل الثقافات الصغيرة أو الفرعية ذات الأهمية للتربية الخاصة في الجماعات العرقية وجماعات غير العاديين. وقد لاحظ بانكس Banks (1997) أن الجماعة العرقية لها أصل

تاريخي، وميراث مشترك، وتقاليد خاصة بها. كما أن لديها من جانب آخر توجهات معينة نحو القيم المختلفة، والأنماط السلوكية إلى جانب الاهتمامات السياسية والاقتصادية التي غالباً ما تختلف عن تلك التي تنتشر بين الجماعات الأخرى في المجتمع الأكبر. ومن الملاحظ أن الجماعة العرقية قد تمثل غالبية من الناس، كما يمكن أن تمثل أقلية بدلاً من ذلك في بلد معين أو إقليم معين. ومن ناحية أخرى فنحن نعرف جماعة غير العاديين على أنها جماعة تشترك في مجموعة معينة من الإعاقات أو الإعاقات التي تتطلب تقييماً خاصاً، أو التي تتطلب مواءمات خاصة في إطار ثقافة صغيرة أو فرعية معينة. وبذلك فإن الشخص يمكن تحديده على أنه غير عادي في جماعة عرقية معينة (أو أي ثقافة صغيرة أو فرعية أخرى يحددها الجنس، أو الطبقة الاجتماعية، أو الديانة، أو ما إلى ذلك) دون غيرها من الجماعات العرقية الأخرى. فعلى سبيل المثال نجد أن عدم قدرة الفرد على القراءة أو الكتابة باستخدام اللغة الإنجليزية قد يؤدي به إلى التشخيص على أنه يعاني من إعاقة معينة في الثقافة الفرعية التي تعتمد على اللغة الإنجليزية وذلك على الرغم من أن نفس الفرد قد لا يتم تشخيصه على أن لديه أي إعاقة وذلك في أي ثقافة صغيرة أو فرعية أخرى لا تعتبر أن تلك المهارات التي ترتبط باللغة الإنجليزية وتسهم في تعلمها ذات أهمية كبيرة فيها.

ومن الملاحظ في ثقافات معينة أن الأطفال يتجنبون التواصل المباشر بالعين مع الراشدين الذين يمثلون السلطة. وبالرجوع إلى ذلك نجد أن الطفل الذي لا ينظر إلى المعلم مباشرة قد يتم تشخيصه بشكل خاطئ على أنه يعاني من قصور الانتباه، أو يعاني من اضطراب العناد والتحدي وذلك من قبل الراشدين في تلك الثقافات التي تعتبر التواصل بالعين بين المعلم والتلميذ، أو بين التلميذ وغيره من الراشدين من الأمور الهامة، ومن ثم فإن مثل هذا الطفل يحتاج بالتالي إلى التربية الخاصة.



ضبط اتجاهات المعلمين نحو الأطفال من الجماعات الثقافية المختلفة

ونحن لا نزال حتى وقتنا الراهن لا نعلم الكثير عن أفضل الطرق والأساليب لتدريب المعلمين كي يكونوا على وعي بتاريخ ثقافتهم وانحيازهم الثقافي. ومع ذلك فنظراً للانخفاض النسبي في الأداء المدرسي لمعظم الطلاب الملونين فإن العديد من الآباء ومتخذي القرارات أو صانعي السياسات التربوية إضافة إلى المربين يرون أن التربية الأفضل التي يقدمها المعلم تعد ذات أهمية بالغة في هذا الصدد. ويتمثل جزء من التدريب الأفضل للمعلمين كما يرى أرتليز وترينت وآخرون (Artiles, Trent et.al.(2000 في مساعدتهم (أي المعلمين) على أن يصبحوا أكثر علماً بثقافتهم وثقافة طلابهم، وأكثر استجابة لذلك. ويرى بعض المعلمين أنه يمكن أن يتم تحقيق مثل هذا الأمر إذا ما قمنا بمساعدة المعلمين على فهم ثقافة وتاريخ مجتمعهم، والقواعد السائدة فيه، وأساليب تناول المهام المختلفة، واللغة، والقيم التي ترتبط بالأفراد، والنواتج المختلفة لذلك.

ومن الجدير بالذكر أن الأصول العرقية و الشذوذ أو غير العادية يعتبران مفهومين مختلفين تماماً عن بعضهما، بمعنى أن كلاً منهما يعد أمراً مختلفاً تمام الاختلاف عن الآخر، وأنه يغايره تماماً أيضاً. وفي هذا الإطار فإننا نرى أن التربية الخاصة متعددة الثقافات ينبغي أن تركز في ضوء ذلك على هدفين أساسيين يتجاوزان تلك الأهداف العامة للتربية متعددة الثقافات يمكن أن نعرض لهما كما يلي :

1- التأكيد على أننا يجب ألا نخطئ مطلقاً في تناول الأصول العرقية المختلفة على أنها تمثل الشذوذ أو غير العادية من الناحية التربوية أي أنه يجب أن يتم النظر إليها من هذا المنطلق كأساس لرؤية الأطفال على أنهم غير عاديين من تلك الناحية أو الزاوية.

2- زيادة فهم الثقافات الصغيرة أو الفرعية للشذوذ أو غير العادية وعلاقتها بالثقافات الصغيرة الأخرى حيث أن بعض ما يسود تلك الثقافات الفرعية يعتبر غير عادي أو شذوذاً وذلك قياساً بما يسود الثقافة الكبيرة.

ففي واقع الأمر قد يخطئ البعض في تناول الشذوذ أو غير العادية عندما تكون جماعة عرقية معينة هي الأساس الذي يتم في ضوئه وضع المعيار الذي يتم على أساسه الحكم على الجماعات العرقية الأخرى وتقييمها حيث أننا قد نجد على سبيل المثال أنماطاً من التواصل البصري، والجسدي، واستخدام اللغة، وأساليب الاستجابة لأولئك الأشخاص الذين يشغلون أو يمثلون السلطة تتباين بشكل كبير من جماعة عرقية إلى أخرى. ويجب أن يدرك أعضاء كل جماعة عرقية أن ما يرونه على أنه منحرف أو غير مقبول في جماعتهم قد يكون عادياً، ويتم تبنيه في جماعة عرقية أخرى. ومن هذا المنطلق ينبغي علينا ألا نخطئ في الحكم بأن طالباً معيناً يعاني من إعاقة معينة أو أنه يعد موهوباً بسبب اختلافه عن غيره فحسب.

ومما لا شك فيه أن أعضاء الجماعات العرقية الذين يمثلون أقليات يعدون أكثر ميلاً لتشخيصهم على أنهم معوقين نظراً لأن الفروق التي يتسمون بها لم يتم فهمها أو تقديرها بشكل ملائم من قبل الآخرين. وقد ترجع مثل هذه المخاطرة في جانب منها إلى الانحياز أي بسبب تلك الاتجاهات السلبية غير المعقولة أو اللاعقلانية، أو المشاعر أو الأحكام أو السلوكيات التي تقوم على الجهل أو سوء الفهم. فقد يؤدي التحيز إلى الحكم على الأفراد على أنهم منحرفين أو معوقين على أساس خصائصهم التي تتفق مع جماعتهم العرقية أو التي تعد نمطية، أي أن هوية فرد معين من هذا المنطلق على أنه عضو في جماعة معينة قد تؤدي بنا إلى الافتراض التلقائي بأن مثل هذا الفرد سوف يتصرف أو يسلك بطرق معينة وهو الأمر الذي قد يؤدي بنا أيضاً إلى النظر إليه على أنه غير عادي.

ومن المحتمل كذلك أن يتم تشخيص الطلاب على أنهم يعانون أو لا يعانون من إعاقات معينة اعتماداً على جنسهم البيولوجي وأصولهم العرقية. ويعتبر التمثيل ير النسبي للطلاب الذكور والطلاب الذين ينتمون إلى أقليات عرقية في التربية الخاصة مشكلة طويلة المدى حيث يمثل الذكور أكثر من نصف عدد الطلاب الذين يعانون من إعاقات معينة إذ أنهم يمثلون على سبيل المثال حوالي 75% من إجمالي عدد المضطربين انفعالياً. كما أن النسبة المئوية لأولئك الطلاب الذين ينحدرون من الأقليات العرقية ويعانون من إعاقات معينة تعد مرتفعة بصورة واضحة، وإن كانت في حالات معينة تعد منخفضة بصورة واضحة أيضاً. ويوضح الجدول 3-1التفاوت في النسب المئوية بين طلاب مدارس التعليم العام البيض، والسود، وذوي الأصول الآسيوية وجزر المحيط الهادي، وذوي الأصول الأسبانية، أو الهندية. ويتضح منه أيضاً أن النسب المئوية لتلك الأقليات تبين أنه يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من إعاقات معينة. كما نلاحظ أيضاً أن الطلاب البيض، وذوي الأصول الآسيوية وجزر المحيط الهادي، وذوي الأصول الأسبانية يتلقون تربية خاصة بنسب تقل نوعاً ما عن تمثيلهم في المجموع العام للطلاب بينما نجد أن الطلاب السود وذوي الأصول الهندية يزداد تمثيلهم بشكل واضح في التربية الخاصة وهو الأمر الذي يفرض علينا الحرص والحذر عند تفسير هذه الأرقام والنسب خشية إساءة تفسيرها حيث أن هناك إساءة تفسير عامة منها على سبيل المثال أن حوالي 20% من الطلاب السود يتلقون التربية الخاصة وذلك كما يرى ماكميلان وريسكلي Mac Millan & Reschly (1998) وريسكلي Reschly (2001) . ومن الواضح أن هذه الإساءة الغريبة للتفسير تقلل من صورة أولئك الطلاب الذين ينتمون إلى الأقليات، وتقوض من خطورة مشكلة التمثيل الزائد إذ أننا نجد في الواقع أن المعنى الحقيقي لمثل هذه الأرقام التي يتضمنها الجدول (3-1) إنما يتمثل في أن حوالي20% من أولئك الطلاب الذين يتلقون التربية الخاصة يعتبرون من السود وهو أمر يختلف تماماً عن إساءة التفسير الشائعة.

البيان	البيض	السود	ذوو الأصول الآسيوية وجزر المحيط الهادي	ذوو الأصول الأسبانية	ذوو الأصول الهندية	الإجمالي
% من إجمالي طلاب التعليم العام	66.2	14.8	3.8	14.2	1.0	%1.0
% من إجمالي طلاب التربية الخاصة	63.6	20.2	1.7	13.2	1.3	%1.3

جدول (3-1) النسب المئوية للطلاب من الجماعات العرقية المختلفة في التعليم العام والتربية الخاصة

ومن الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد أيضاً كما يشير أرتليز وزامورا – دوران Artiles & Zamora- Duran (1997) وكوتنهو وأوسوالد Coutinho &Oswald (2000) وكما يرى أوسوالد وكوتنهو Oswald & Coutinho (2001) أن عدم التجانس لا يعتبر مشكلة متساوية في كل فئات التربية الخاصة، أو في كل المدارس، أو كل محال الإقامة، أو الولايات وذلك بالنسبة لأي جماعة عرقية معينة. كما أن مشكلة التمثيل الزائد تتباين باختلاف الجماعات العرقية، وعدد الطلاب في المدرسة الذين يمثلون أقلية معينة. ويوضح مكتب التربية الأمريكي (1992، 1996، 1997، 2000) اهتماماً خاصاً بتفاوت تمثيل الأقليات العرقية في التربية الخاصة وهو الأمر الذي يتضمن الاهتمام بالحقوق المدنية الخاصة بهم. فمن ناحية نلاحظ أن الأطفال ذوي الإعاقات لهم الحق في تلقي التعليم المناسب لهم بغض النظر عن أصولهم العرقية حتى وإن ازداد التمثيل الإحصائي للجماعة العرقية التي ينتمون إليها في التربية الخاصة. كما نجد من ناحية أخرى أن لهم الحق أيضاً في التخلص من التمييز والعزل إذ أن التسكين المتفاوت أو غير المتجانس للطلاب من الأقليات العرقية المختلفة في التربية الخاصة يعكس أحياناً حدوث بعض الأخطاء في تشخيصهم مما يترتب عليه أن يتم وصمهم بالإعاقة، وعزلهم بالتالي في مدارس التربية الخاصة بينما نلاحظ في بعض الحالات الأخرى أن تلك الإعاقات التي يعاني منها الطلاب من الأقليات العرقية المختلفة يتم تجاهلها ولا يلتفت أحد إليها مما يتيح الفرصة أمام هؤلاء الطلاب لتلقي التعليم المناسب.

هذا وقد تتضمن أسباب التمثيل المتفاوت لجماعات معينة في التربية الخاصة تقييم قدرات

الطلاب، كما قد تتضمن عوامل أخرى مثل المعايير السائدة في المجتمع، والمصادر المتاحة فيه. وفي التعليق على ذلك التفاوت الصارخ لتمثيل الطلاب السود في معظم فئات التربية الخاصة تؤكد تقارير وزارة التربية الأمريكية (1992) أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الطلاب السود قياساً بأقرانهم البيض أن يخبروا ظروفاً صحية سيئة، وأساليب رعاية سيئة قبل، وأثناء، وبعد ولادتهم إلى جانب سوء تغذية في طفولتهم المبكرة قد تؤدي إلى حدوث إعاقات حقيقية لهم. كذلك فإن تقرير وزارة التربية عام 1996 الذي تم تقديمه للكونجرس والذي يتعلق بتنفيذ قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات قد ركز على مشكلات المدارس الحضرية، وعلاقة العوامل الحضرية بالتسكين المتفاوت في التربية الخاصة وهو الأمر الذي أدى إلى حدوث رؤية واضحة لمشكلة التفاوت هذه على أنها معقدة جداً، وأنه لا توجد حلول بسيطة لها.

ومن الواضح أن تعقد مثل هذه المسألة يتطلب تعدد وتضافر وتكامل الجهود من جانب مقرري السياسات، والمعلمين، والباحثين، والآباء، والمؤيدين أو المناصرين لذلك، والطلاب، وممثلي المجتمع وذلك لتوفير الفرص التعليمية الجيدة لأولئك الطلاب الذين ينحدرون من الجماعات العرقية المختلفة. ومن الجدير بالذكر أن التمثيل المتفاوت لأولئك الطلاب الذين ينحدرون من الجماعات العرقية المختلفة في برامج التربية الخاصة وفصولها إنما يشير بشكل واضح وجلي إلى الحاجة لما يلي :

1- توفير البرامج الأكاديمية الجيدة التي تساعد جميع الطلاب في التعليم العام وفي التربية الخاصة على تحقيق النجاح.

2- تنفيذ سياسات وإجراءات فعالة ومناسبة في التربية الخاصة فيما يتعلق بكل من الإحالة، والتقييم، والأهلية أو الجدارة، والتصنيف، والتسكين، وإعادة التقييم.

3- زيادة نسبة ومستوى أو درجة المشاركة المنزلية والمدرسية والمجتمعية في العملية التعليمية.

4- استخدام المصادر المتنوعة التي يوفرها المجتمع في سبيل تحسين نوعية البرامج التربوية المختلفة وتنفيذها بالشكل الملائم الذي يكون من شأنه أن يعود بالفائدة المرجوة عليهم على أثر تحقيق الأهداف المنشودة.

ومن الواضح أن التفاوت في التمثيل ليس هو الموضوع الوحد في التربية الخاصة الذي يتعلق بالتعدد الثقافي حيث يمكن للأفراد من ذوي بعض الاستثناءات أن يقوموا بتطوير ثقافاتهم الصغيرة أو الفرعية. كما أن أولئك الذين يعانون من الإعاقة السمعية على سبيل

المثال يتم وصفهم من جانب البعض على أنهم ينتمون إلى ثقافة الصم وهي الثقافة التي يصعب على الكثيرين من الأسوياء أن يفهمونها جيداً وهو الأمر الذي يؤدي إلى شعور أولئك الأفراد الصم بالعزلة والانفصال عن العاديين. ومن هذا المنطلق فإن هناك مظهراً هاماً في التعدد الثقافي للتربية الخاصة يتمثل في تطوير الوعي المتزايد بالفروق الثقافية بما فيها الإعاقات، والفهم المتزايد لذلك، وتقبله. ولا يعتبر التعدد الثقافي في التربية الخاصة مجرد التخلص من النمطية والتحيز ضد الطلاب فحسب إذ يجب أن نقوم أيضاً بتعليم أنفسنا كمعلمين في سبيل تحسين أساليب التقييم المستخدمة، وتوفير التعليم الفعال، والتنشئة الاجتماعية المناسبة.

ولا يخفى علينا أن هناك مشكلات معينة في التقييم، والتعليم، والتنشئة الاجتماعية تتعلق بالثقافات الصغيرة أو الفرعية بما فيها الطلاب غير العاديين وهو الأمر الذي سنعرض له في النقاط التالية.

التقييم Assessment

يعد التقييم بمثابة عملية تجميع المعلومات المختلفة عن الأفراد أو الجماعات بغرض اتخاذ قرارات معينة تتعلق بهم. ويشير التقييم في مجال التربية كما يرى تايلور(1997) Taylor إلى اختبار، ومقابلة، وملاحظة الطلاب بغرض التوصل إلى نتيجة معينة لذلك يكون من شأنها أن تساعدنا على أن نقرر مدى وجود مشكلات معينة تعوق عملية تعليم هؤلاء الطلاب من عدمه، وتقرير ما يجب علينا أن نفعله من جانب آخر حال وجود مثل هذه المشكلات. ومن الواضح أن التقييم عادة ما يؤدي إلى التوصل إلى قرارات هامة تتعلق بحياة الأفراد. ومن هذا المنطلق فإن هناك اهتماماً جاداً في الثقافة الأمريكية العامة أو الكبيرة نحو الدقة، والعدالة، وعدم التحيز في هذا الخصوص.

وللأسف فكما يشير ماكدونيل وآخرون McDonnell et.al.(1997) وأوتلي وأوبياكور Utley & Obiakor (2001-ب) فإن دقة، وعدالة، وعدم تحيز العديد من التقييمات التربوية وخاصة تلك التي تتعلق بالتربية الخاصة تعتبر موضع تساؤل. وعندما يتم تضمن الثقافات الصغيرة العرقية على وجه الخصوص في التقييم فإن تلك الممارسات المتبعة في التقييم التقليدي عادة ما تنتهك المبادئ الأمريكية للعدالة، وعدم التحيز، وتكافؤ الفرص بغض النظر عن الأصول العرقية، أو الجنس البيولوجي، أو الإعاقة. وهذا يعني كما يشير فورد Ford (1998) ومجلس أو جمعية الأطفال غير العاديين CEC (1997) أن الممارسات المتبعة في التقييم من جانب التربويين أو علماء النفس تتعرض للهجوم على اعتبار ما يلي:

1- أنها تعتبر منحازة وتؤدي بالتالي إلى سوء التمثيل أو التمثيل الخاطئ للقدرات والإعاقات أي جوانب القوة والضعف من جانب الأقليات العرقية والطلاب غير العاديين.

2- أنها تعتبر عديمة الفائدة وتؤدي فقط بهؤلاء الأطفال إلى الوصم أو التصنيف بدلاً من تحسين تلك البرامج التربوية التي يتم تقديمها لهم في هذا الإطار.

ومن جانب آخر فإنه حتى تلك الممارسات التي تتعلق بما قبل الإحالة والتي يكون الهدف منها هو التوصل إلى حلول معينة للمشكلات التربوية التي تتضح آنذاك قبل أن نقوم بإحالة الطفل إلى العيادة للتقييم تعد هي الأخرى عرضة للتحيز.

عدم اهتمام الاختبارات المعيارية بالفروق الثقافية يفقدها أهميتها في تقديم معلومات ذات أهمية للمعلمين في التربية الخاصة

ومن الجدير بالذكر أن المشكلات التي تواجهنا عند تقييم التلاميذ للتأكد من قدرتهم على الاستفادة من التربية الخاصة تعتبر متعددة، ومعقدة، وليس لها حلول بسيطة. وتتركز معظم هذه المشكلات في الواقع حول اتجاهات الاختبارات المعيارية التقليدية في التقييم والتي تتسم بوجود العديد من جوانب القصور الخطيرة بها ومنها على سبيل المثال ما يلي :

1- أنها لا تعير أي اهتمام للتنوع الثقافي.

2- أنها تركز على جوانب القصور لدى الفرد فقط.

3- أنها لا تقدم أي معلومات تفيد في عملية التدريس.

ويشير لوبيز- راينا وباي (1997) Lopez- Reyna &Bay إلى أنه رغم عدم إمكانية التغلب كلية على مثل هذه المشكلات للآن فإن الوعي بتلك المشكلات، واستخدام إجراءات التقييم الأكثر ملاءمة لتنوع المعلمين يعتبر في تزايد مستمر وهو ما يعد أمراً إيجابياً في هذا الإطار. والأهم من ذلك كما يشير أورتيز (1997) Ortiz وفانكيولين وآخرون (1998) Vankeulen et.al. أن التقييم لا ينبغي أن يؤدي إلى التشخيص الخاطئ لأولئك الأطفال الذين يختلفون في لغتهم التي يستخدمونها، أو يختلفون في بعض الخصائص المميزة لهم ولكنه يجب أن يؤدي إلى التشخيص الجيد والتحديد الملائم للأطفال الذين تمثل الفروق أو الاختلافات الموجودة لديهم إعاقات معينة.

ومن الواضح كما يشير سنج وآخرون (2000) Singh et.al. أن الاختبارات المعيارية قد تكون منحازة نظراً لأن معظم البنود التي يتضمنها الاختبار تتعلق بخبرات معينة قد لا يكون الطلاب الذين ينحدرون من ثقافات صغيرة مختلفة قد خبروها أو مروا بها. كذلك فقد تنحاز تلك الاختبارات على سبيل المثال نحو تلك الخبرات التي يكون من المحتمل أن يمر بها الطلاب البيض وأقرانهم من الطبقة المتوسطة، أو تلك الخبرات التي يتم التدريب عليها باستخدام اللغة التي لا يألفها أعضاء جماعة صغيرة معينة. كذلك فقد يتم تطبيق تلك الاختبارات بطرق تعد بمثابة عقاب لأولئك الطلاب ذوي الإعاقة البصرية، أو السمعية، أو غير القادرين على الإجابة عنها بطريقة معيارية. ونظراً لأن الدرجات التي يتم الحصول عليها في الاختبار تعد غالباً هي الأساس الذي يتم في ضوئه تقرير مدى قدرة الفرد على الاستفادة من التربية الخاصة فإن معظم الباحثين يعتقدون أن ذلك التحيز الذي يتسم به الاختبار يعد هو المسئول عن التمثيل المتباين لجماعات معينة في التربية الخاصة وخاصة الأطفال الذكور، والملونين إلى جانب إهمال العديد من الأطفال الملونين الموهوبين.

وفي أفضل الأحوال فإن الدرجات التي يحصل الفرد عليها في الاختبار تمثل أو تعكس جانباً من قدرته على الاستجابةلمجموعة معيارية من الأسئلة أو المهام، ولكنها مع ذلك لا تخبرنا بكل الأشياء الهامة التي يكون الفرد قد تعلمها، أو بما يمكنه أن يتعلمه. ونظراً لذلك الجدل الذي يدور حول التحيز من جانب تلك الاختبارات المعيارية فإن هناك بحثاً مستمراً عما يدعى بالاختبارات المتحررة من تأثير الثقافة culture- free tests أو الاختبارات غير المنحازة ثقافياً. ولكي نحقق الأهداف التي ننشدها فإن هناك ثلاثة إحتياطات أو محاذير يجب الالتفات إليها والاهتمام بها في هذا الصدد هي :

1- أن تعطي الاختبارات إشارات أو تلميحات فقط لما يكون الطالب قد تعلمه.

2- أن يتم عند تفسير تلك الدرجات التي يحصل الطالب عليها في الاختبار إدراك التحيز المحتمل الذي قد يتضمنه الاختبار.

3- أن إجراء الاختبار فقط يعد أساساً غير كاف لتصنيف الطالب أو لتخطيط برنامج تعليمي معين يتم اللجوء إليه.

هذا وتركز الإجراءات التقليدية للتقييم على الطالب نفسه وليس على تلك البيئة التي يتعلم فيها. ويرى النقاد أن التقييم التقليدي سوف يؤدي إلى اعتبار أن أي قصور يظهر إنما يعد قصوراً في الطالب ذاته. ولذلك نلاحظ أن العديد من المربين يؤكدون في الوقت الراهن إضافة إلى تقييم سلوك الطالب أو أدائه على ضرورة تقييم بيئة التعلم. وقد يتضمن ذلك ما يلي :

1- الملاحظات التي يتم القيام بها داخل الفصل.

2- المقابلات التي يتم إجراؤها مع الطالب والمعلم.

كذلك فإن هذا التقييم يركز على عدة بنود معينة لها أهميتها في هذا المضمار حيث تسهم بشكل فاعل في تحقيق الأهداف المنشودة. ومن أهم هذه البنود ما يلي :

1- تقديم التعليم بشكل واضح وفعال.

2- السيطرة الفعالة على الفصل.

3- التوقعات الملائمة من جانب المعلم.

4- إدخال التعديلات أو المواءمات المناسبة على المنهج المدرسي.

5- تعليم مهارات التفكير.

6- استخدام الاستراتيجيات الفعالة لإثارة الدافعية.

7- اشتراك الطالب بفعالية في الاستجابة الأكاديمية.

8- السماح بممارسة مناسبة للأداء .

9- استغلال التغذية المرتدة في هذا الإطار.

10- التقييم المباشر والمستمر للتطور الذي يحدث.

ويكمن الهدف من تقييم بيئة التعلم في التأكد من التشخيص الدقيق والسليم للطالب حتى يتم تجنب حدوث أي مشكلة من مشكلات التعلم. وسوف يعمل هذا الاتجاه على تقليل احتمال إساءة تفسير الفروق الثقافية التي يمكن أن توجد بين الأقليات على أنها إعاقات.

ومن جانب آخر فإن الإجراءات التقليدية للتقييم تؤدي في النهاية إلى الحصول على درجات معينة في الاختبار قد تفيدنا في تحديد مدى أهلية الطالب أو جدارته للاستمرار في التربية الخاصة والاستفادة مما يتم تقديمه له من خدمات خاصة. ومع ذلك فإن إجراءات الاختبار هذه لا توفر المعلومات التي تعتبر مفيدة وذات أهمية في التخطيط للتعليم. هذا وقد تم

ابتكار العديد من الإجراءات البديلة للتقييم في الجزء الأخير من عقد الثمانينيات وبدايات عقد التسعينيات من القرن الماضي، وتركز جميعها على أداء الطالب في المنهج أو تلك المهام التي يتضمنها السياق اليومي في مقابل أدائه على الاختبارات المعيارية. ويكمن الهدف من تلك الإجراءات في واقع الأمر كما يشير كل من ترويلنجر (1997) Terwillinger وأوتلي وأوبياكور(2001- ب) Utley & Obiakor في تجنب تلك الطبيعة الاصطناعية والمنحازة التي تتسم بها الاختبارات التقليدية، والوصول إلى تقييم لقدرات الطلاب يتسم بدرجة أكبر من عدم التحيز والفائدة التعليمية. ومع أن مثل هذه الإجراءات قد تكون ذات أهمية في بعض الجوانب فإنها مع ذلك لا تعد حلاً لكل مشكلات التقييم.

ويتمثل أحد الاتجاهات البديلة ذات الفائدة في هذا الصدد والتي ظهرت منذ العقد التاسع من القرن الماضي وذلك كما يرى جونز (2001- أ، 2001- ب) Jones في التقييم القائم على المنهج الدراسيcurriculum- based assessment. وقد تمت مقارنة هذا الأسلوب من أساليب التقييم مع أسلوب الاختبارات التقليدية والذي يتم خلاله اختبار الطلاب بشكل غير مستمر شريطة ألا يكونوا قد رأوا أي بنود من هذا الاختبار قبل ذلك. أما التقييم القائم على المنهج الدراسي فيتضمن استجابات الطلاب للمواد التعليمية المعتادة التي يتم تقديمها لهم، ويتطلب ذلك الأسلوب وجود عينات مباشرة ومستمرة من أداء الطلاب في ذلك المنهج الذي يتم تقديمه لهم وتعليمهم إياه. ويعتبر هذا الشكل من أشكال التقييم أكثر فائدة للمعلمين قياساً بالاختبارات التقليدية، كما أنه يعمل بجانب ذلك على تقليل احتمال وجود أي تحيز ثقافي. وسوف نناقش هذا الأسلوب بالتفصيل في الفصل الخامس.

وأخيراً فنحن نرى أن التقييم الدقيق وغير المتحيز يعد بمثابة أمر أساسي وهام عند تشخيص وتحديد المواهب الخاصة والأدائية إضافة إلى تشخيص وتحديد الإعاقات. أي أن هذا التقييم يعتبر من هذا المنطلق هو الأساس الذي ننطلق منه كي نتعرف على تلك المواهب الخاصة التي يمكن أن تميز العديد من الأفراد باختلاف تلك الثقافة التي ينتمون إليها سواء كانت تلك الثقافة كبيرة أو فرعية، كما أننا أيضاً عادة ما نلجأ إليه في سبيل التعرف على الإعاقات المختلفة التي يمكن أن يعاني منها أولئك الأفراد. وغالباً ما نلاحظ أن القدرات غير العادية من جانب الطلاب الملونين أو الذين ينتمون إلى أي جماعات عرقية أخرى أو الطلاب المعوقين قد تم التغاضي عنها بسبب التحيز أو الجهل من جانب أولئك الأفراد المسئولين عن التقييم. ولذلك فإننا قد ركزنا في الفصل الأول على أهمية تشخيص وتحديد قدرات الطلاب إضافة إلى الإعاقات التي يعانون منها. ويمكننا أن نضيف إلى ذلك أهمية أن نكون على دراية بتلك المواهب التي ترتبط بالثقافة التي ينتمي الفرد إليها، وأن ندرك ونقوم بتقييم قدرات الطلاب من الأقليات المختلفة ومنهم المعوقين.

التعليم Instruction

يتمثل أحد الأهداف الرئيسية للتربية متعددة الثقافات في التأكيد على تعليم جميع الطلاب بطرق وأساليب لا تمثل عقاباً لهم بأي حال من الأحوال بسبب تلك الفروق والاختلافات الثقافية التي يمكن أن توجد بينهم إلى جانب الاهتمام بميراثهم الثقافي. وتعتبر الأساليب التي يتم اللجوء إليها في سبيل تحقيق ذلك الهدف من بين أكثر الموضوعات التربوية التي تشهد جدلاً حولها في الوقت الراهن حيث يهتم المؤيدون للتربية متعددة الثقافات بمشكلة إيجاد أساليب تعليمية تساعد في تحقيق تكافؤ الفرص التعليمية والتحصيل وذلك لكل الجماعات التي تنتمي إلى ثقافات صغيرة أو فرعية، أي تعمل على التخلص من ذلك الظلم والتمييز الذي يعد جزءاً من النسق التربوي العام بالولايات المتحدة الأمريكية. ومع ذلك لا يزال هناك جدل كبير حول ذلك السؤال الذي يتناول أي الأساليب التعليمية تعد هي الأكثر فعالية في تحقيق ذلك الهدف.

وقد تم تجميع ذلك الجدل الدائر حول التعليم فيما أسماه ميناو (1985) Minow بمشكلة الاختلاف dilemma of difference حيث نلاحظ أن المشكلة تكمن أساساً إما في تجاهل أو إدراك أن الفروق الثقافية واللغوية للطلاب يمكن أن يديم مثل هذه الفروق، ويبقي على عدم المساواة في الفرص والقوى الاجتماعية بين الجماعات العرقية أو الجماعات الثقافية الصغيرة الأخرى. وإذا ما تم تجاهل الفروق بين الطلاب فمن المحتمل أن يتم تقديم تعليم للطلاب لا يتفق مع أساليبهم الثقافية أو حاجاتهم المختلفة. ومن المحتمل كذلك أن يفشلوا في تعلم العديد من المهارات وهو ما سوف يفقدهم فرص التعليم والقدرة على ذلك في ثقافتهم السائدة. فلو قمنا على سبيل المثال بتجاهل لغة أولئك الطلاب غير الناطقين بالإنجليزية non-English speaking students وميثاقهم الثقافي وأجبرناهم على أن يتعلموا الإنجليزية فقد تواجههم صعوبات جمة في المدرسة. وهذا يمثل بطبيعة الحال نصف المشكلة فقط وهو ما يتمثل في عدم تحديد أو إدراك الفروق أو الاختلافات بين الطلاب من مختلف الجماعات.

ومع ذلك فإن حل مثل هذه المشكلة لا يكمن بالضرورة في إدراك الفروق بين الطلاب حيث أن التعليم الذي يتم تقديمه لأولئك الطلاب وفقاً لأساليبهم الثقافية قد يهتم فقط بتعليمهم تلك المهارات التي يتم تقديرها وتقييمها والاهتمام بها في ثقافاتهم الصغيرة أو الفرعية. ونظراً لأن الثقافة السائدة أي الكبيرة أو العامة لا تهتم بتلك المهارات فإن الفروق بين أولئك الطلاب سوف تدوم على أثر ذلك. فلو قمنا على سبيل المثال بتعليم الطلاب غير الناطقين بالإنجليزية بلغتهم الأصلية أو الأم، ولم نطلب منهم أن يتعلموا الإنجليزية فإن التطور الذي سيشهده المجتمع الناطق بالإنجليزية سوف يكون بطيئاً. وقد عرضت صحيفة واشنطن

بوستWashington Post في مقالها الافتتاحي أن بعض الأطفال ذوي المعرفة المحدودة باللغة الإنجليزية قد أمضوا سنوات عديدة في برامج ثنائية اللغة مما أدى إلى أن ينتهي بهم الأمر إلى وجودهم في فخ بدلاً من قضاء شوط في تعلم اللغة الإنجليزية,Teach English) 2001).

ولكن مع كل هذا يظل السؤال قائماً وهو ذلك السؤال الذي يتمثل مؤداه في الآتي : "هل ينبغي أن نجبر ذلك الطالب الذي لا يتحدث الإنجليزية على ترك لغته الأصلية في المدرسة، وعلى تعلم استخدام اللغة الإنجليزية فقط، أي نتجاهل ذلك الاختلاف الثقافي اللغوي الموجود، أم أننا يجب أن نستخدم تلك اللغة الأصلية للطالب كوسيلة أولية للتعليم في الوقت الذي نقوم فيه بتدريس الإنجليزية له كلغة ثانية، أي ندرك ذلك الاختلاف الثقافي اللغوي الموجود؟"

ومن الملاحظ في واقع الأمر أن بإمكاننا أن نثير أسئلة أخرى شبيهة لأولئك الطلاب ذوي الإعاقة السمعية الشديدة فنتساءل مثلاً عما إذا كان ينبغي علينا أن نقوم بتعليمهم مستخدمين في ذلك لغة الإشارة كأساس للتعلم أم أننا يجب أن نلجأ إلى اللغة المنطوقة في سبيل ذلك. وسوف نجد أننا سنواجه بنفس هذه المشكلة عند تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى، وسوف يتمثل السؤال الرئيسي في هذا الإطار في ذلك المدى الذي يجب أن نعاملهم خلاله على أنهم يختلفون عن أقرانهم، وأن نقوم بعمل التواؤمات أو التعديلات المطلوبة في هذا الإطار، وإلى أي مدى يمكننا أن نتعامل معهم من ناحية أخرى على أنهم يشبهون أي شخص آخر، ثم نعاملهم بناء على ذلك بنفس الطريقة التي نعامل غيرهم بها.

ومن الواضح أن ذلك الجدل الدائر حول مشكلة الاختلاف هذه سوف يتعلق إلى حد كبير بتلك الكيفية التي ستصير إليها حال أولئك الطلاب عندما ينهون سنوات دراستهم بالمدرسة، وليس فقط بتلك الكيفية التي يجب أن نتعامل معهم بها في المدرسة. وعند تناول العديد من وجهات النظر التي تتعلق بالتربية متعددة الثقافات خلص دلبيت (1988، 1995) Delpit إلى أن للأطفال الحق في استخدام لغتهم الأصلية في المدرسة، وفي التمسك بعناصر ثقافتهم أيضاً، وبأسلوبهم الثقافي المميز وهو الأمر الذي يرتبط بثقافتهم الصغيرة أو الفرعية. كما أننا يجب أن نسمح لهم بذلك وهو الأمر الذي يؤكد حقيقة أن المدارس هي التي ينبغي أن تتغير وليس الأطفال. ومن هذا المنطلق نجد أن دلبيت Delpitيهتم بكل من إدراك وتقييم الأساليب الثقافية المختلفة، وضرورة قبول واقع المجتمع الذي نعيش فيه. وبذلك يحق لكل جماعة ثقافية كما يرى هو أن تحتفظ بلغتها الأصلية، وأن تتحدث بها، وأن تبقي على أسلوبها

الثقافي المميز لأننا حينما نتحدث آنذاك لا نتحدث عن ثقافة القوة، ولا بالكيفية التي نريد أن نرى الأشياء عليها ولكن بتلك الكيفية التي توجد بها في الواقع. ومن ثم فهو يشير بذلك إلى قبول أولئك الطلاب في التعليم العالي، وإتاحة فرص مختلفة للوظائف أمامهم وهو الأمر الذي يتطلب أن نقوم بطبيعة الحال بتقبل التنوع الثقافي من ناحية، وأن نقوم من ناحية أخرى بتعليم هؤلاء الأفراد في المدرسة تلك المهارات اللازمة للانخراط في الثقافة الكبيرة أو العامة.

ينبغي قبول التنوع الثقافي مع تعليم الأطفال المهارات اللازمة للانخراط في الثقافة الكبيرة

وجدير بالذكر أن مشكلة التعليم في التربية متعددة الثقافات كما يرى جيرستين وبيكر Gersten &Baker (2000) لا يمكن حلها بسهولة وخاصة بالنسبة لأولئك الأطفال مزدوجي اللغة في التربية الخاصة. ويتفق غالبية الأفراد ذوي السلطة على قبول التنوع الثقافي وعدم اتخاذه عذر لعدم تعليم الطلاب تلك المهارات التي يحتاجونها في الحياة وفي السياق الأكبر للثقافة الأمريكية الكبيرة وهو الأمر الذي أشرنا إليه من قبل. ومن بين الجدل الدائر حول التعدد الثقافي في الوقت الراهن نجد ذلك التعليم المتمركز حول ذوي الأصول الأفريقة Afrocentric instruction والبرامج والمدارس الخاصة الأمريكية الأفريقية. ويعتبر التعليم المتمركز حول ذوي الأصول الأفريقية بمثابة بديل للتمركز الأوربي Eurocentrism في المنهج وأساليب التدريس المتبعة حيث يركز على الثقافة الأفريقية، ويبحث عن صيغ أفريقية مميزة في التعليم والتعلم. ويرى البعض أن التمركز الأفريقي Afrocentrism يعتبر ممارسة ارتدادية أو نكوصية تفصل الطلاب عن واقعهم المتمثل في البيئة الاجتماعية الأمريكية. وفي

الوقت ذاته ينادي البعض بضرورة اللجوء إلى ممارسات تعليمية تتسم بحساسيتها الثقافية كأن يتم تعليمهم بعض الخصائص الثقافية الخاصة التي يتسم بها الأطفال الأمريكيون ذوو الأصل الأفريقي. ويرجع السبب الذي يكمن خلف التعليم الذي يتسم بالحساسية الثقافية في أن الطلاب ذوي الخلفيات الثقافية المختلفة يحتاجون إلى أن يتم تعليمهم بشكل مختلف، وأن جوانب معينة في الميراث الثقافي للطلاب تحدد إلى حد كبير كيف يتعلمون بصورة أفضل. فعلى سبيل المثال يرى فرانكلين(1992) Franklin أن الطلاب الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي يختلفون عن الآخرين في القيم الثقافية المميزة لأوطانهم وأسرهم، كما أنهم يختلفون كذلك عنهم في لغتهم، وأنماطهم الحركية، وفي استجاباتهم لاختلاف الإثارة وتعدد المثيرات، وفي أدائهم أو قيامهم بالتفكير التباعدي بما يتطلبه من دعائم مختلفة.

وقد يكون من المعتقد أنه إذا ما تم التأكيد على الفروق في الأساليب التي يتعلم بها أولئك الطلاب فسوف يكون هناك تأكيد مماثل على تصميم برامج خاصة واختيار مدارس خاصة تعمل على مراعاة مثل هذه الفروق. وفضلاً عن ذلك فإنه كلما زاد تنوع الخلفيات الثقافية للطلاب في فصل معين زادت الصعوبة في تعليمهم جميعاً بفعالية وهو الأمر الذي يعني أن الخلفية الثقافية تحدد أفضل الطرق لتعليم أولئك الطلاب. وقد نفترض في الواقع أن أساليب تدريس معينة تتساوى في فاعليتها بالنسبة لجميع الطلاب في إحدى الجماعات المتنوعة ثقافياً. وهذا يعني كما يشير فولك وكنج (2001) Fulk &King جرينوود وآخرون Greenwood et.al.(2001) أن بعض الاتجاهات التعليمية المختلفة (مثل التعليم المباشرdirect instruction والتعلم التعاوني، وتدريس الأقران لبعضهم البعض، والتصنيف وفقاً للسن) قد تسمح للمعلمين بتقديم تعليم يتسم بالحساسية الثقافية لكل أعضاء الجماعة المتنوعة في ذات الوقت. وقد يكون من المفيد في واقع الأمر أن نستخدم أسلوب تدريس الأقران لبعضهم البعض على مستوى الفصل classwide peer tutoring وذلك في سبيل مساعدة الأطفال في مستوى المدرسة الابتدائية غير الأكفاء في اللغة الإنجليزية على تعلم اللغة الإنجليزية بشكل أكثر فعالية.

ومع ذلك فإننا نلاحظ أن فكرة وجود مناهج دراسية معينة وممارسات تعليمية معينة تعد أكثر ملاءمة لأولئك الطلاب الذين ينحدرون من أصل عرقي واحد قياساً بغيرها من الإجراءات التي يتم استخدامها في سبيل تبرير استخدام برامج معينة تتضمن مدارس التعميد الأمريكية لذوي الأصل الأفريقي African American immersion schools والتي يتجه فيها التعليم نحو تحقيق خصائص معينة مفترضة في جماعة عرقية واحدة. وتعتبر مثل هذه المدارس انعزالية أي تتبع النمط الانعزالي في تلك الممارسات التي تتم فيها. إلا أن ليك وليك

Leake & Leake (1992) يريان أن فلسفة مثل هذه المدارس تعارض مفهوم العزل تماماً حيث يريان أن التكامل الحقيقي يحدث بشكل طبيعي عندما تقل الفروق بين الأقران إلى حدها الأدنى. وعلى ذلك يتلاشى العزل في ظل وجود مجتمع أصل يتسم بالتنوع العرقي والثقافي، ويضم أفراداً يتسمون بكفاءتهم الأكاديمية والثقة بالنفس. وإذا كانت مدارس التعميد الأمريكية لذوي الأصل الأفريقي قد تم تصميمها في الأساس لتقديم تحد أكاديمي وخبرات ملائمة ثقافياً لأولئك الطلاب الذين يدرسون بها فإنه يرجى أن تعمل الزيادة المتوقعة في تحصيل الطلاب بها على مساعدة الطلاب الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي على التخلص من مشاعر عدم القدرة أو عدم الكفاءة التي قد تنتابهم والتي يمكن أن يعانوا منها.

ولكن هل تعمل تلك البرامج الخاصة التي يتم تصميمها في ظل وجود خصائص تعلم معينة على مساعدة الطلاب على التعلم بشكل يفوق ما عداها، وتزيد من تقديرهم لذواتهم؟ ويعد مثل هذا السؤال محل جدل لكل من التربية الخاصة والتعليم العام متعددي الثقافات، كما أن نتائج تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المضمار لم تقدم إجابة قاطعة فيما يتعلق بالبرامج الخاصة في أي من نمطي التعليم المشار إليهما. وإذا ما نظرنا إلى الأصول العرقية والإعاقة على أنهما يمثلان بعدين مستقلين في الفروق الإنسانية فإن البرامج الخاصة قد تكون مع ذلك أكثر ملاءمة وأكثر فعالية لأحد هذين البعدين قياساً بالبعد الآخر.

هذا ويصيغ هيلارد Hillard (1992) السؤال الذي يتعلق بالبرامج الفارقة أو التفاضلية بالنسبة للطلاب ذوي الإعاقات كالتالي:

> «هل يمكن التغلب على معوقات التعلم أو الحد منها كي يتم السماح بالتالي للطالب المعوق أن يؤدي بشكل أفضل وذي دلالة قياساً بما يمكن أن يصير الأمر عليه إذا لم يتلق تلك الخدمات التي يتم تقديمها في هذا الصدد، أو السماح للطالب كي يؤدي بشكل جيد في البرنامج الأكاديمي القائم على الدمج؟».

ومما تجدر الإشارة إليه أن تلك البحوث التي أجريت في هذا الإطار لم تقدم إجابة قاطعة على مثل هذا السؤال سواء بالإيجاب أو بالسلب وذلك في ظل أي نموذج لتقديم الخدمات في إطار التربية الخاصة. ولا يزال السؤال مفتوحاً فيما يتعلق بما إذا كان الاهتمام بتعدد الثقافات في التربية الخاصة أي جعلها متعددة الثقافات سوف يؤدي في أفضل الحالات إلى الإضافة إلى تلك الأدلة التي تتعلق بمدى فعالية التربية الخاصة في تحسين مستوى الأداء الأكاديمي لأولئك الطلاب المعوقين، ومساعدتهم على تحقيق النجاح في نظام الدمج أم أنها لن تؤدي إلى ذلك.

ومع هذا فإن السؤال الذي لا يعتبر مفتوحاً في هذا الصدد يتمثل فيما يلي:

«هل ينبغي أن تتبنى التربية الخاصة والتعليم العام برامج تعليمية تعمل على تقدير جميع الطلاب وتساعدهم على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في المجتمع الأمريكي وذلك بغض النظر عن ميراثهم الثقافي المحدد؟ ».

وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن البحوث التي أجريت في هذا الصدد قد أجابت عن هذا السؤال بالإيجاب. كما أن هناك إلى جانب ذلك إلتزام عام بالقيم الأمريكية التي تؤكد على تكافؤ الفرص أمام الجميع، وعدم التحيز لأي فئة على حساب غيرها. وفي هذا الإطار يتضح أن متابعة تكافؤ الفرص وعدم التحيز قد أدت بالمصلحين التربويين إلى التوجه نحو تحقيق أربعة أهداف تعليمية كما يلي:

1- تعليم التسامح أو التساهل لوجود الفروق بين الجماعات وتقبلها.

2- العمل التعاوني مع الأسر.

3- تحسين نوعية التعليم الذي يتم تقديمه لطلاب الأقليات اللغوية.

4- تبني ممارسات تدريسية أو تعليمية فعالة.

- تعليم التسامح والتقبل: **Teaching Tolerance and Appreciation**

يرى المؤرخ رونالد تاكاكي (1994) Ronald Takaki ذو الأصل الياباني الذي هاجر أجداده إلى الولايات المتحدة الأمريكية أن الوعد الأمريكي بتكافؤ الفرص وعدم التحيز يمكن أن يصبح حقيقة وأمراً واقعاً إذا ما استطاع الشعب الأمريكي أن يحرر نفسه من العنصرية والتحيز. ومن المعروف جيداً في هذا الصدد أن بإمكاننا القيام بذلك من خلال التعرف على واقعنا في الماضي، وتعلم الكثير عن أنفسنا وعن تراثنا. هذا ويوضح المؤرخ ورائد الحقوق المدنية الأمريكي ذو الأصل الأفريقي روجر ويلكينز Roger Wilkins نفس هذه الفكرة بالتحديد في مؤلفه الشهير وسادة جيفرسون(2001) Jefferson`s Pillow. ومن ناحية أخرى يرى تاكاكي Takaki أن هناك مسئولية خاصة تقع على عاتق المدرسة في تحقيق هذه المعرفة حيث تعطينا الفرصة كي نرى أنفسنا في مرآة مختلفة، كما تعلمنا الكثير عن أنفسنا، ويمكنها من جانب آخر أن تقدم مناهج دراسية أكثر دقة وأكثر شمولاً، وتتسم بالتعدد الثقافي. كذلك فإن الفصل يعتبر هو المكان الذي يتعلم فيه الطلاب الذين ينحدرون من مجتمعات ثقافية أو عرقية معينة العديد من الأشياء سواء عن أنفسهم أو عن الآخرين أيضاً وهو الأمر الذي لا يتوفر في الوسائل الإخبارية أو الترفيهية المختلفة.

ومن ناحية أخرى فإن التغلب على التحيز وتعليم الطلاب تقبل من يختلفون عنهم لن يكون أمراً هيناً. وعلاوة على ذلك فإن الأساليب المقترحة لمساعدة أولئك الطلاب من جانب المعلمين على تعلم تقدير الذات والتسامح أو التساهل مع تلك الفروق التي توجد بينهم وبين الآخرين يبدو أمراً مبشراً. وفي واقع الأمر فإن بعض المدارس تركز كما يشير بينيت(2000) Bennett وكولينز (2000) Collins وماكافي (2000) McAfee على كيفية دمج التنوع من خلال إيجاد وتنظيم نوادي ضد التحيز تشجع على فهم الآخرين والتسامح معهم. ولا يعتبر تعليم التسامح في واقع الأمر محدداً بأي فروق عرقية، أو دينية، أو توجه جنسي معين، أو فروق في اللغة ولكنه يتضمن بدلاً من ذلك فروقاً من كل هذه الأنماط، كما يتضمن الإعاقات إلى جانب ذلك. ونحن نأمل أن نتغلب على التحيز من خلال تعليم التسامح، كما نأمل إضافة إلى ذلك أن نتمكن من تعليم هؤلاء الطلاب تقبل الذات، والافتخار بالهوية.

- العمل مع الأسر **Working With Familes**

تعتمد المدرسة إلى حد ما على انغماس الأسرة معها والمساندة التي تقدمها للطفل حتى يتمكن من تحقيق النجاح. وتعد قدرة المعلمين على فهم والدي الطفل والتواصل معهما أمراً غاية في الأهمية، ويتطلب ذلك منهم كما يرى تشو وآخرون (2000).Cho et.al فهم التقاليد الثقافية المختلفة التي تعني أن للوالدين وجهات نظر مختلفة عن الشذوذ أو غير العادية والإعاقة، كما أن لديهما أساليب مختلفة للتواؤم مع تلك الفروق التي توجد لدى الأطفال. وفضلاً عن ذلك فإن فهم الأساس الثقافي لاتجاهات الوالدين ورغباتهما يعد إذن أمراً خطيراً وخاصة لتلك الأسر التي أتت مؤخراً إلى الولايات المتحدة الأمريكية.

ومما لا شك فيه أن الانفصال المتزايد للطبقات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، وزيادة التنوع للجماعات العرقية في المدارس العامة قد أدى إلى فرض العديد من المطالب على فهم المعلمين لوالدي وأسر طلابهم. ومع زيادة الفجوة التجريبية بين المعلمين وطلابهم ازداد خوف المعلمين من عبور أو تخطي ما أدركوه على أنه حواجز تعوق التواصل مع تلك الأسر الفقيرة وخاصة تلك الأسر التي تنحدر من جماعات عرقية تختلف عن الجماعة التي ينتمي إليها المعلم ذاته. كما يجب على المعلمين أن يدركوا من ناحية أخرى وفقاً لما يراه كوفمان وآخرون(2002) .Kauffman et.al أن والدي الأطفال منخفضي الدخل وأطفال الأقليات قد يشعرون بالاغتراب عن المدرسة وخاصة إذا ما كان أطفالهم من ذوي الإعاقات، أو ممن لهم تاريخ من المشكلات المدرسية. وفي واقع الأمر فإنه من المحتمل بالنسبة لأي والد يربط المدرسة بالفشل أو القلق أو الرفض أن يبتعد عن الانغماس مع المعلمين، وأن يتجنب الاشتراك في الأنشطة المدرسية. وحتى أولياء الأمور الذين يتسمون بذكائهم الشديد والذين ينغمسون

بشدة في تطور أطفالهم والذين لا ينتمون إلى الأقليات العرقية يمكن أن يشعروا بالخوف أو الرعب من عملية حصول أطفالهم المعوقين على التربية الخاصة التي تناسبهم. وإلى جانب هذا التجنب وذلك القلق من جانب الآباء يدرك المعلمون أن توقعات أولئك الآباء لأطفالهم تعد توقعات منخفضة في الواقع. وحتى في تلك الحالات التي يبدو الآباء فيها غير مهتمين، ولا يشاركون في تلك المؤتمرات التي تجمع بينهم وبين المعلمين، كما أنهم لا يشتركون كذلك في أي من الأنشطة المدرسية الأخرى يظل من المهم بالنسبة للمعلمين أن يبقوا على توقعاتهم المرتفعة لطلابهم. ومن جانب آخر فإن المعلمين يجب أن يصلوا إلى الآباء فيزوروا منازلهم إذا كان ذلك ممكناً حتى وإن كانوا يخافون مما قد يواجهونه هناك. وتوجد أمور عديدة ذات أهمية بالغة في هذا الإطار من بينها إقامة تواصل ثنائي الاتجاه مع الآباء، ومشاركتهم الاهتمام بالأطفال، والتركيز على جوانب القوة التي تميز أولئك الأطفال وخاصة في الاجتماعات الأولى التي تجمع بين المعلمين وأولياء الأمور.

- تحسين تعلم اللغة من جانب طلاب الأقليات

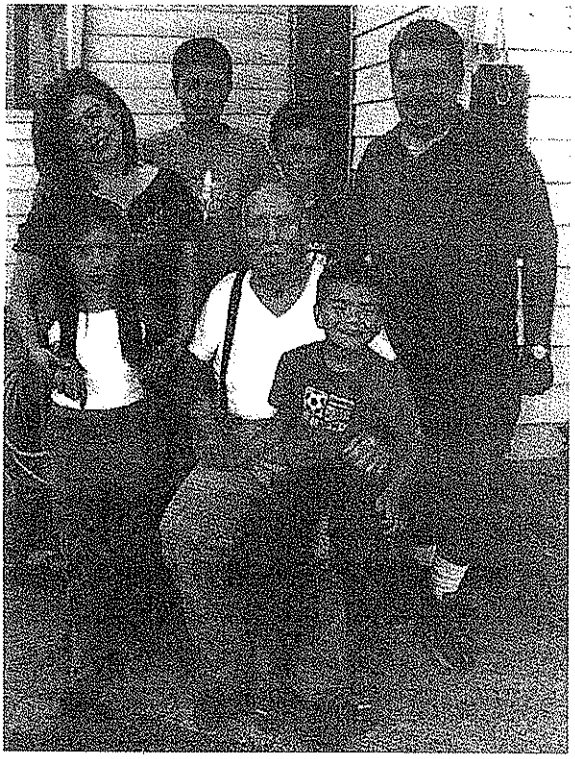
Improving Instriction forlanguge - Minority Students

يواجه الطلاب الذين يدرسون اللغة الإنجليزية كلغة ثانية مطالب فورية لتعلم لغة جديدة، وإجادة بعض الأمور أو الموضوعات التقليدية. كما يوجه الطلاب ذوو الإعاقات مطلباً ثالثاً يتمثل في مسايرة تلك العقبات الإضافية التي يفرضها استثناؤهم الناتج عن إعاقتهم. ومن ثم فإن ازدواجية اللغة في التربية الخاصة تعتبر مثار جدل كبير حيث يستتبعها مشكلات صعبة إلى جانب تناقضات تماثلها في الصعوبة.

وإذا كنا قد تناولنا مشكلة الفروق أو الاختلافات التي تثار في هذا الصدد وخاصة بالنسبة لأولئك الطلاب ذوي الإعاقات أو الذين ينتمون إلى الأقليات وذلك قياساً بأقرانهم العاديين فإن إدراك وتجاهل الفروق اللغوية وغيرها من الفروق يمكن أن يمثل جانباً من جوانب القصور التي توجد لدى هؤلاء الطلاب. وإضافة إلى ذلك فإن الطلاب ذوي الإعاقات الذين يتحدثون بلغات الأقليات يواجهون تناقضاً يجمع بين التمثيل الزائد overrepresentation وانخفاض التمثيل underrepresentation في التربية الخاصة، كما أن الطلاب الذين ينتمون إلى إحدى الجماعات العرقية ويتحدثون بلغات الأقليات قد يزداد تمثيلهم في التربية الخاصة إذا ما تمت إحالتهم إلى العيادة النفسية، وتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أثر تلك الظروف المحيطة بهم، وتم النظر إلى تلك المشكلات التي أحيلوا على أثرها إلى العيادة على أنها إعاقات. وفي ذات الوقت فإن أولئك الطلاب الذين يتحدثون بلغات الأقليات قد تقل نسبة إحالتهم إلى العيادة النفسية وفقاً لما يراه أورتيز Ortiz(1997)

ومكتب التربية الأمريكي US Department of Education (2000). وقد يحتاج مثل هؤلاء الطلاب في واقع الأمر إلى مساعدات من نوع خاص ولكنهم يشعرون بالضعف عند وضعهم في فصول التعليم العام، ولا يستفيدون من التعليم التقليدي إلا قليلاً. وإذا ما أردنا أن نتناول مثل هذه الأمور بشكل فاعل فإنه يصبح لزاماً علينا أن نقوم بفحص العديد من الاتجاهات المختلفة في تعليم اللغة الثانية.

ومن الجدير بالذكر أن أحد هذه الاتجاهات أو المداخل التي يتم اتباعها في تعليم أولئك الطلاب الذين يتحدثون بلغات الأقليات language- minority students يتمثل في التأكيد على استخدام لغاتهم الأم. وعند استخدام مثل هذا الاتجاه يتم في الأساس تقديم التعليم الأكاديمي كاملاً باللغة الأم لكل طالب، أما اللغة الإنجليزية فيتم تعليمها لهم كمادة دراسية مستقلة. وعندما يصبح الطالب بعد ذلك طليقاً في اللغة الإنجليزية يتم تدريس جميع المقررات الدراسية له باللغة الإنجليزية. وإلى جانب ذلك هناك اتجاه آخر في التدريس لأولئك الطلاب يعتمد على تقديم جميع المقررات الدراسية لهم منذ البداية باللغة الإنجليزية ولكن بمستوى يعرف بالمستوى الوقائي sheltered أو ذلك المستوى الذي يتم فيه باستمرار إجراء التعديلات التي تتناسب مع الطالب حتى نتأكد من أنه قد فهم ما يتم تقديمه له. ويتمثل الهدف من ذلك الاتجاه أو المدخل في مساعدة الطالب على تعلم اللغة الإنجليزية أثناء تعلمه المواد الأكاديمية المختلفة.



ينبغي أن تمثل البرامج التربوية تحدياً لكل الطلاب

وفي واقع الأمر يركز الاتجاه الأول والذي يعرف بالتأكيد على اللغة الأم language native emphasis على التدريس للطلاب معظم اليوم بلغاتهم الأم، ثم يتم الانتقال فيما بعد إلى التدريس باللغة الإنجليزية. أما الاتجاه الثاني والمعروف بالمدخل الوقائي باستخدام اللغة الإنجليزية sheltered- English approach فيقوم على التدريس للطلاب باللغة الإنجليزية غالبية اليوم الدراسي وذلك منذ بداية تعليمهم. أما بالنسبة لأفضل هذين الاتجاهين للاستخدام مع الطلاب ذوي الإعاقات فلم يتم حتى وقتنا الراهن تحديد أي إجابة قاطعة في هذا الصدد على الرغم من أن التغير من أحد الاتجاهين إلى الآخر عندما ينتقل الطالب من مدرسة إلى أخرى يؤدي بالقطع إلى تعرض هؤلاء الطلاب للعديد من المشكلات.

وهناك موضوع آخر يرتبط بتعليم أولئك الطلاب الذين يتحدثون بلغات الأقليات يتمثل فيما يجب أن يتم التركيز عليه أثناء التدريس لهم سواء تم مثل هذا التركيز على الاستخدامات الطبيعية للغة، أو يتم بالتبادل التركيز على تلك المهارات المرتبطة بها مثل المفردات اللغوية والنطق. ومع ذلك فإن هذا الجدل قد يرتكز على تقسيم ثنائي خاطئ حيث يظل ما يحتاجه الطلاب رهناً بالتوازن الفعال بين كل من تكوين المهارات واللغة وهو ما يعتبر ذات أهمية في هذا الإطار، ويرتبط بحياتهم واهتماماتهم. ويجب أن تكون المواد المختلفة التي يتم الاستعانة بها في عملية التعليم ذات معنى ومغزى للطلاب، وأن ترتبط بشكل واضح بخبراتهم المختلفة. وينبغي على المعلمين أثناء تعليم أولئك الطلاب مهارات لغوية معينة استخدام اللغة وإيجاد واستخدام تلك التراكيب اللغوية التي يفهمها الطالب. كما يجب أن يتم تشجيع الطلاب على تعلم القيام بالتعبير عن أفكار ومشاعر معقدة باستخدام جمل تزداد في مستوى تعقيدها مع زيادة طلاقتهم في اللغة الإنجليزية. وباختصار فإن تعليم أولئك الطلاب الذين يتحدثون بلغات الأقليات يجب أن يتم في سياق ما نعرفه عما يعرف بالتعليم الفعال.

اللجوء إلى الممارسات التدريسية الفعالة Adopting Effective Teaching proctius

تتطلب التربية الفعالة متعددة الثقافات أن نقوم بتطبيق ما نعرفه عن التعليم الفعال أي تلك الممارسات التدريسية الفعالة والتي تتسم بالحساسية للتراث الثقافي لكل طالب، وإدراكه لذاته، ونظرته للعالم من حوله، ومعارفه المكتسبة، ومهاراته. كذلك فإن المعارف التي ترتبط بالثقافات المختلفة، والفروق الفردية، وتكوين المعرفة ينبغي أن يتم تقديمها للطلاب في إطار منهج دراسي معين. وعلى الرغم من ذلك فإن جرستين وآخرين Gersten et.al.(1994) يقدمون وصفاً لستة مكونات تمثل مكونات التدريس الفعال التي يمكن الإفادة منها عند التدريس لجميع الطلاب أو لأي فئة منهم وذلك على حد سواء. وهذه المكونات هي:

1- الدعائم والاستراتيجيات: **scaffolding and strategies** يتعلم الطلاب بشكل أكثر فعالية عندما يتم تزويدهم بدعامة أو مخطط لتلك الأفكار والاستراتيجيات التي تتعلق بحل المشكلات. ففي التعليم القائم على التدعيمscaffolded instruction يقوم المعلم بمساعدة الطالب على تعلم مهمة معينة، ثم يقلل من تلك المساعدة تدريجياً حتى تنتهي هذه المساعدة تماماً وذلك عندما يصبح باستطاعة ذلك الطالب أن يستخدم مثل هذه الاستاتيجية بشكل مستقل ودون أن يطلب أي مساعدة من المعلم. وهناك العديد من الوسائل التي يمكن استخدامها لمساعدة الطلاب على التعلم بشكل أكثر يسراً من بينها بل ومن أهمها ما يلي:

أ - القصص.

ب- المنظمات البصرية visual organizers كالصور، والأشكال، والملخصات مثلاً.

جـ- فن التذكر أو تقوية الذاكرة mnemonics أي تلك الأساليب التي يستخدمها الفرد كي تساعده على التذكر كالقوافي أو الصور على سبيل المثال.

د - التدريس المتبادل reciprocal teaching الذي يقوم الطالب خلاله بمساعدة المعلم وهو يستخدم استراتيجية تعلم معينة، ثم يحاول أن يقوم هو بعد ذلك بتجربتها بنفسه.

2- التحدي : **challenge** من الجدير بالذكر أن التحدي لا يتوقف على كم التعليم الذي يتم تقديمه للطلاب سواء تم ذلك في التعليم العام أو حتى في التربية الخاصة، ومن ثم فإن زيادة كم التعليم المقدم للطلاب كما يرى فورد (1998) Ford وباتون (1997) Pattonلن يمثل تحدياً كافياً لهم إذ يحتاج جميع الطلاب وخاصة أولئك الذين يعدون في خطر كبير من التعرض للفشل في الدراسة بما فيهم أولئك الطلاب الذين ينحدرون من أقليات ثقافية مختلفة إلى أن نقدم لهم مهام معينة تتحدى قدراتهم، بل وتتحداهم هم أنفسهم. وتعتبر تلك المهام التي تمثل تحدياً مناسباً appropriately challenging tasks للطلاب عامة وما يتسمون به من قدرات مختلفة هي هذه المهام التي يحسن الطالب القيام بها أو أدائها، أما تلك المهام التي تعد غير ممكنة الأداء فهي تلك المهام التي تتطلب مجهوداً ضخماً من الطالب والتي تعتبر في الوقت ذاته أعلى من قدراته الحقيقية وهو الأمر الذي لا يجعله قادراً على أدائها، بل إنها أحياناً ما تسبب الإحباط للكثير من هؤلاء الطلاب. ومن الملاحظ أن المعلمين غالباً ما يقللون من قدرات طلاب الأقليات أو الطلاب غير العاديين، ويقللون بالتالي من التدريس لهم.

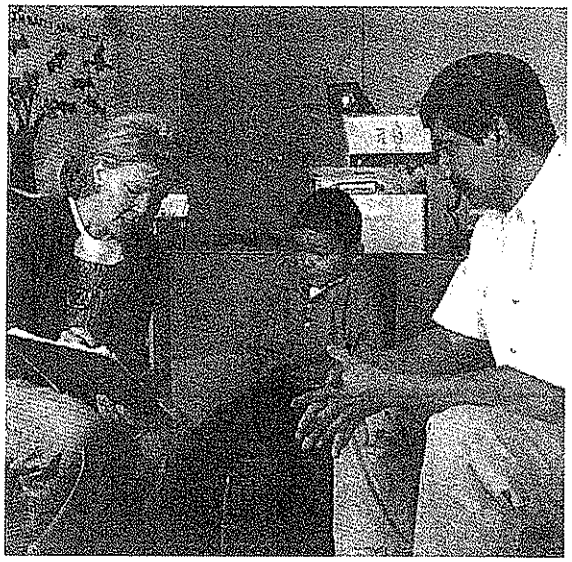
3- المشاركة: **involvement** يشير كلاين وآخرون (2001).Kline et.al إلى أنه ينبغي أن

يشارك الطلاب في العديد من المحادثات المطولة أو في تلك المسائل الجدلية المطولة والتي يستخدمون فيها كماً أكبر من التراكيب اللغوية المعقدة. ومن ناحية أخرى فإن استخدام التواصل اللفظي بين المعلمين والتلاميذ لا ينبغي أن يتم من خلال استخدام جمل قصيرة، وبسيطة، ومباشرة فحسب وذلك على الرغم من أن لمثل هذه الجمل مواضعها التي يجب أن يتم استخدامها فيها. وهذا يعني أن الأمر يجب ألا يقف عند حدود مثل هذه الجمل بل ينبغي أن يتجاوزها. ومن ثم يجب أن يقوم المعلمون باستخدام الأسئلة في سبيل تحقيق ذلك، وأن يشاركوا التلاميذ خبراتهم المختلفة، وأن يتعرفوا منهم على نمط اللغة التي تساعدهم على تحقيق المشاركة الفعالة في التعلم.

4- تحقيق النجاح: **success** يرى كوفمان وآخرون (2002) .Kauffman et.al أن الطلاب المعرضين لدرجة أكبر من خطر الفشل في الدراسة والتسرب من المدرسة هم أولئك الطلاب الذين يحصلون على معدلات منخفضة من النجاح في أداء الأنشطة المدرسية اليومية، أي الذين لا يحققون النجاح فيما يقومون به أو يؤدونه من أعمال أو أنشطة إلا قليلاً أو نادراً. ومن الطبيعي أن نجد أن جميع الطلاب يحتاجون إلى أن يخبروا النجاح المتكرر، ولذلك فإن المعلمين يجب أن يقدموا لهم بعض المهام التي تمثل تحدياً لهم والتي يمكنهم أن يحققوا النجاح في أدائها، وأن يخبروا النجاح على أثر ذلك. ومن ثم لا يستمر الفشل ملازماً لهم، ولا تقف خبراتهم عند حدود الفشل فحسب، بل إنها سوف تتجاوزها على أثر ذلك إلى تحقيق النجاح.

5- التوسط والتغذية الراجعة: **mediation and feedback** من الملاحظ أن بعض الطلاب كثيراً جداً ما يقومون بأداء تلك الأعمال المناطة بهم أو التي يتم تقديمها لهم وذلك لفترات طويلة دون أن يتلقوا أي تغذية راجعة يكون من شأنها أن تساعدهم على القيام بذلك، وإذا ما تم تقديم تغذية راجعة لهم فإنها عادة ما تكون من نوع لا يمكن فهمه أو استيعابه من جانبهم، أو يطلب المعلم منهم أن يقوموا بحفظ واستظهار الاستجابات المختلفة دون فهمها، ومن ثم لا ترتبط لديهم بأي معنى، وإن ارتبطت يكون ذلك بقدر ضئيل للغاية. ويعتبر تقديم التغذية الراجعة feedback التي يمكن للطلاب فهمها أو استيعابها مع تقديمها لهم بشكل مستمر على أن يرتبط ذلك بما يقومون به من أداء بمثابة أمر حيوي بالنسبة للتدريس الفعال مثله في ذلك كالتركيز على معاني تلك الاستجابات التي يأتون بها وهو ما يعني استخدام الدليل والمنطق في تكوين تلك الأسئلة التي يتم تقديمها لهم، وبناء الاستجابات المناسبة من جانبهم لمثل هذه الأسئلة.

6- الاستجابة للتنوع الثقافي والفردي : **Responsiveness to cultural and individu-**



al diversity يجب أن يرتبط محتوى التعليم الذي يتم تقديمه لهؤلاء الطلاب بخبراتهم التي يكونوا قد مروا بها بما فيها تلك الخبرات التي ترتبط بهم كأفراد وكأعضاء في جماعات ثقافية مختلفة. ومن الملاحظ أن تلك الأمور التي تتعلق بالتنوع الثقافي والفردي لا يمكن التركيز عليها بشكل ملائم في دروس خاصة قليلة ومحددة، ولكنها بدلاً من ذلك تتطلب أن يتم تضمنها بشكل روتيني في كل جوانب المنهج المدرسي.

وكما يشير بانكس (1997) Banks فإن المنهج متعدد الثقافات الذي يمكن تطبيقه لا يمكن تصميمه وتناوله بين المعلمين حيث يجب أن يقوم كل معلم باستثمار جهوده فيه إذ أن قيمه، ووجهات نظره، وأسلوبه في التدريس سوف يؤثر بالقطع على ما يقوم بتعليمه لهؤلاء الطلاب، وعلى تلك الكيفية التي يتم بها ذلك. كما أن التطبيق الفعال للمنهج متعدد الثقافات يتطلب اللجوء إلى استراتيجيات تدريس تتسم بعدد من الخصائص كما يلي:

أ - أنها تسمح بالمشاركة.

ب- أنها تقوم على التوجيه والتكيف وفقاً للظروف والأوضاع.

جـ- أنها تعطي الفرصة أو توفرها لحدوث التفاعل.

د - أنها تعتبر شخصية بالدرجة الأولى.

هـ- أنها تسمح بحدوث التعاون بحيث يمكن أن يتضمن ذلك كلاً من التدريس التعاوني والتعلم التعاوني.

وجدير بالذكر أن مثل هذا التوجه يجب أن ينطبق على تدريسنا وكتاباتنا أيضاً حيث لا يجب في أي كتاب مدرسي أو دراسي نقوم بإعداده أن ينحصر تناول الأمور والموضوعات التي تتعلق بالتعدد الثقافي في فصل وحيد فقط، بل يجب أن يتم اللجوء إلى مثل هذا الفصل لتأكيد أهمية ذلك الموضوع أيضاً وهو ما فعلناه نحن وما قصدناه من عرض موضوع التربية متعددة الثقافات في هذا الفصل الحالي حيث قصدنا من ذلك أن نلقي الضوء على الاهتمام المتزايد الذي يلقاه هذا الموضوع في الوقت الراهن، ومع ذلك فإننا سنوضح على امتداد هذا

الكتاب بأكمله مثل هذا الاهتمام بالتعدد الثقافي وذلك في كل فصل يتضمنه الكتاب.

التنشئة الاجتماعية Socialization

يعتبر التعليم الأكاديمي بمثابة أحد هدفين رئيسيين للتربية بينما يتمثل الهدف الآخر في التنشئة الاجتماعية وهي ما تتضمن مساعدة الطلاب على تطوير إدراكات اجتماعية مناسبة للآخرين، وإقامة تفاعلات اجتماعية معهم، وتعليمهم كيفية العمل في سبيل تحقيق التغير الاجتماعي المرغوب. ولا تعني تنشئة التلميذ اجتماعياً تعليمه اعتبار أي سلوك أو اتجاه معين يعد مقبولاً في المدرسة، كما أنها لا تعني من جانب آخر تجاهل التراث الثقافي للتلميذ. ويعرض كل من كارتليدج ولوي Cartledge& Loe (2001) عدداً من الاستنتاجات التي تتعلق بضرورة تعليم المهارات الاجتماعية للطلاب في مجتمع متعدد الثقافات والتي تمثل تحدياً في هذا الإطار حيث يريان أن هناك العديد من السمات المشتركة بين أطفالنا والتي تزيد عما يوجد بينهم من فروق، ومع ذلك فإن العديد من الأطفال الذين ينحدرون من خلفيات ثقافية ولغوية مختلفة وخاصة أولئك الأطفال الذين تمت تربيتهم في ظل ظروف يسودها الفقر والقحط قد تتم تنشئتهم بأساليب تقدم أو تبرز تحديات مدرسية خاصة أمام هؤلاء التلاميذ ومعلميهم الذين ينتمون إلى الطبقة المتوسطة. كما أن العديد من السلوكيات التي تأخذ جذورها من ذلك التنوع تنذر بتقويض النجاح الدراسي الذي يمكن أن يحققه الطفل، بل وتقويض التوافق الاجتماعي كلية. ومع محاولة المدرسة مساعدة التلاميذ على اكتساب تلك المهارات المطلوبة لكي يصيروا أكفاء في المجتمع الأكبر فإن المدرسة بل والمربين عامة يجب أن يكونوا على وعي كامل بذلك الانفصال الذي يوجد بين ثقافة المدرسة من ناحية وثقافة الطفل من ناحية أخرى. وعلى هذا الأساس ينبغي أن يتسم المربون بكفاءتهم عبر الثقافية، ومهارتهم في تلك المبادئ الأساسية التي تتعلق بالتدريس في ارتباطه بمثل هذه الثقافات المختلفة. ومن بين العديد من الأمور الأخرى التي يجب أن تتوفر في المعلمين في هذا الخصوص ما يلي :

أ - أنهم يجب أن يلموا بتلك الأساليب التي يتمكنون بموجبها من تشخيص مشكلات السلوك وتمييزها عن الاختلافات الثقافية.

ب- أن عليهم أن يقوموا بتوفير بيئات إيجابية مختلفة ومدعمة لتلك السلوكيات والمهارات المرغوبة.

جـ- أنهم يجب أن يحققوا التواصل مع التلاميذ وأن يقوموا برعاية سلوكياتهم المرغوبة حتى داخل الفصل ذاته.

د - أنهم يجب أن يقوموا باستغلال ثقافة الطفل واستخدامها كأساس يقوم عليه التعلم

الاجتماعي الذي يتم تقديمه له.

كذلك فإننا قد نجد في بعض الحالات أن مساعدة الأطفال على تعلم المهارات الاجتماعية المناسبة قد يتطلب كما يرى الكسنين والكسنين Elksnin & Elksnin (2000) مساعدة الآباء على تعلم كيفية القيام بالتدريس بأنفسهم لأطفالهم وهو الأمر الذي يتطلب حتماً أن يتم فهم التنوع الثقافي واللغوي للأسر ذاتها. وفضلاً عن ذلك فإن الإدراكات الاجتماعية، والتفاعلات المدمرة والنمطية بين الجماعات المختلفة متعددة الثقافات تعد كما يرى إيشاي- جوردان Ishii- Jordan (1997) بمثابة مشكلات مستمرة في المدارس والمجتمعات المحلية بالولايات المتحدة الأمريكية وخاصة عند وجود فروق ثقافية بين التلاميذ في اللغة والسلوك الاجتماعي. هذا ويتمثل الجزء الأساسي من عملية التنشئة الاجتماعية متعددة الثقافات في توفير وتقديم خبرات معينة للتلاميذ تجعلهم يتساءلون عن تلك الكيفية التي نصف بها الثقافات الأخرى.

هذا وتتضمن معظم الأمثلة الصارخة على ذلك التفرقة العنصرية بالرغم من أن التمييز بين الجنسين، والتمييز المضاد للأفراد الذين يعتنقون الديانات المختلفة، والأفراد ذوي الإعاقات يعتبر شائعاً أيضاً في المجتمع الأمريكي. ومن هذا المنطلق ينبغي أن يكون المعلمون على دراية تامة بتراثهم الثقافي، وهويتهم، والتحيز القائم بالفعل وذلك قبل أن يقوموا بمساعدة تلاميذهم على التعامل مع التنوع الثقافي بأساليب تعزز وتطور المثل الديمقراطية المختلفة مثل الكرامة الإنسانية، والعدالة، والمساواة. وعلى هذا الأساس فإن معرفة الفرد بهويته وعضويته في الجماعات الثقافية الصغيرة أو الفرعية وتقبلها يعتبر هدفاً هاماً لكل من المعلمين والطلاب إذ أن قبول الفرد لهويته وتقييمه لها يمكن أن يكون أمراً صعباً للغاية وذلك اعتماداً على السياق الثقافي الذي يوجد فيه.

ومن المؤكد أن تعليم الأفراد بعض الأمور التي ترتبط بالثقافات المختلفة وما تتضمنه من قيم قد يكون أمراً غاية في الأهمية وذلك في سبيل الحد من الصراعات العرقية، وفي تعزيز وتدعيم الاحترام للفروق الإنسانية. ومن الأمور التي تتساوى مع ذلك في الأهمية تنظيم التفاعلات التي تتم داخل الفصل في سبيل تعزيز فهم الآخرين لتلك الفروق وتقبلهم لها. وفي هذا الإطار يعتبر التعلم التعاوني cooperative learning من أهم الأساليب الفعالة التي يمكن بموجبها الحد من التحيز، وتشجيع حدوث التفاعلات المناسبة بين التلاميذ ذوي الخصائص المختلفة حيث يقوم خلاله التلاميذ ذوو القدرات المختلفة والخصائص الثقافية المختلفة بالعمل معاً كفريق، وتعزيز الاعتمادية المتبادلة بينهم. ويصف تراسي كيدر Tracy Kidder (1989) هذا الاتجاه في التنشئة الاجتماعية كما تم استخدامه من جانب إحدى معلمات الصف الخامس بأنها قد سمحت لعدة فرق يضم كل منها تلميذين اثنين بالعمل معاً لمدة خمس عشرة دقيقة تم خلالها توجيه الأسئلة من جانب كل منهم للآخر حيث

كانت تضع المعلمة تلاميذ متفوقين لغوياً مع آخرين غير متفوقين في هذا الجانب. كما كانت تلك الفرق تضم أيضاً بعض الأطفال الذين يبدو أنهم لا يحبون بعضهم البعض على أمل أن يتعلموا تقبل ومايرة بعضهم البعض، وأن يصبح أداؤهم يفوق ما يمكن أن يأتي به أي فريق آخر يضم اثنين من الأصدقاء. وظلت المعلمة تراقب التفاعلات بين الأطفال، وكانت راضية تماماً عن ذلك الأداء الذي قام به أولئك الأطفال.

وإذا كان الأمر كذلك فإن معلمي الأطفال والمراهقين غير العاديين يجب أن يكونوا على وعي باختلاف الهويات التي تنتمي إلى ثقافات صغيرة أو فرعية والتي يطورها طلابهم هؤلاء حيث هناك في الواقع كما يتضح من الشكل (3-1) الذي أشرنا إليه سابقاً وجود جوانب متعددة للهوية الثقافية للفرد استناداً على انتمائه إلى العديد من الجماعات الثقافية الصغيرة أو الفرعية التي يشير الشكل إليها مع العلم بأن هناك على الأقل هوية ثقافية فرعية أو صغيرة أخرى لم يشر ذلك الشكل إليها تتمثل في التوجه الجنسي sexual orientation . ومع ذلك فإن العديد من الأطفال والمراهقين بما فيهم العديد من الطلاب غير العاديين من الناحية التربوية يخبرون مشكلات خطيرة تتعلق بما يسميه البعض بالثقافة الخفيةinvisible culture للمنحرفين جنسياً سواء اللواطيين أو السحاقيات. وقد يجد الأفراد ذوو التوجه الجنسي العادي straight أنفسهم في صراع مع بعض الأفراد الذين يتسمون بالجنسية المثلية homosexuals ذكوراً وإناثاً كما يشير إليوت (2000) Elliot استناداً على ثقافة فرعية دينية أو سياسية.

وعلى هذا الأساس فإن المهمة الأساسية للتنشئة الاجتماعية في مجتمع متعدد الثقافات تتطلب الانتباه إلى تعدد هويات التلاميذ، كما تتطلب أيضاً الوعي بأن أي هوية من هذه الهويات يمكن أن تحمل معها تلك النواتج التي تترتب على الرفض الاجتماعي، والعزلة، والاغتراب وهو الأمر الذي يكون من شأنه كما يشير بافري (2001) Pavri أن يجعل الأطفال ذوي الإعاقات وحيدين، وبالتالي فإنهم يصيروا في حاجة إلى تكوين صداقات مع الآخرين. ومن هذا المنطلق فإن مهمتنا الأساسية كمربين تتمثل في المقام الأول في دعم فهمنا للفروق الثقافية، وتقبل أولئك الأفراد الذين تختلف هوياتهم عن هوية أي فرد منا. وإلى جانب ذلك فإن مهمتنا تمتد أيضاً إلى مساعدة أولئك الأطفال غير العاديين على تقبل هويتهم الثقافية والفخر بها. ويرى هالاهان وكوفمان (1994) Hallahan &Kauffman أن العديد من الأفراد في مجتمع الصم يفضلون أن نناديهم بالصم بدلاً من أن نناديهم بالمعوقين سمعياً. كذلك فإن كلاً من الأفراد الصم والمكفوفين قد شرعوا كما يشير جالوكشي (2000) Gallucci في التعبير عن فخرهم بهويتهم وثقافتهم الفرعية، وفي تقبل تلك الخبرات متعددة الثقافات في ذات الوقت والتي تتضمن اللغات الأخرى إلى جانب العادات الأخرى أيضاً. وفي واقع الأمر فإننا نرى

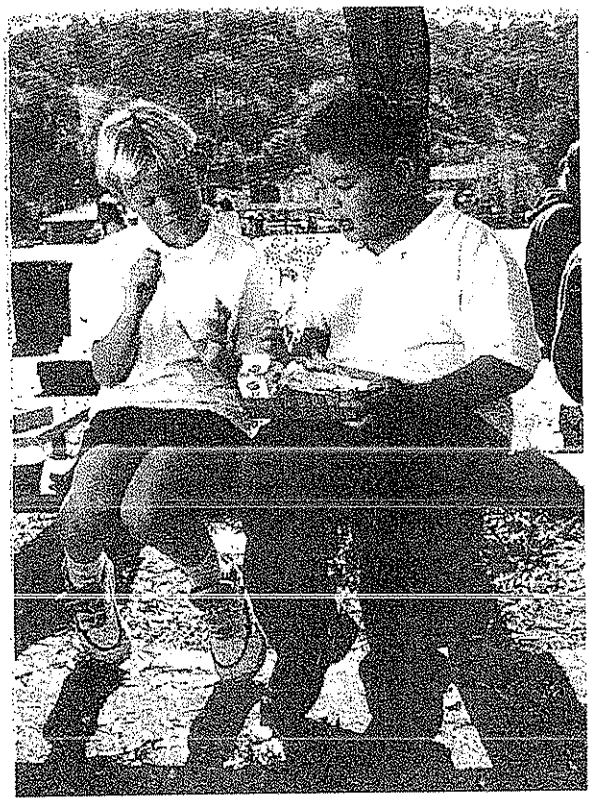
بالنسبة للعدد المتزايد من الأفراد ذوي الإعاقات أنهم يعدون كما يرى جربر وآخرون Gerber et.al. (1992) في حاجة إلى تقبل تلك النعوت التي نستخدمها معهم إذ أننا نجد على سبيل المثال أن أحد المراهقين الذي كان يعاني من صعوبات التعلم قد أكد في إحدى المقابلات التي تم إجراؤها معه أنه يحتاج إلى أن يفتخر بنفسه، ولكن نظراً لصعوبة التعلم التي يعاني منها، وما تسببه له من خجل فإن الأمر بالنسبة له يبدو صعباً.

وفي الواقع فإن هناك أفراداً من شرائح أخرى من المجتمع، أو ممن ينحدرون من ثقافات صغيرة أو فرعية كآباء الأطفال ذوي الإعاقات، أو أولئك المواطنين الذين بلغوا سن التقاعد، أو الجماعات الدينية، أو المتعافين من تعاطي الكحوليات، أو ما إلى ذلك يجدون أن الاحتشاد معاً أو التجمع معاً في سبيل الحصول على التأييد والفهم المتبادل يسهم بدرجة كبيرة في تطوير مشاعر استحقاق الذات من جانبهم وهو الأمر الذي يفرض على التربويين تدبر تلك القيمة المحتملة من تجمع أولئك الأفراد ذوي الإعاقات معاً في سبيل تحقيق أهداف معينة وهو ما أشار إليه إدجار وسيجل Edgar & Siegel (1995) بأننا نخاطر في البيئة المدرسية التي تتبع نظام الضم أو الاحتواء الكامل بالتركيز على واكتشاف الهوية، والإرادة المشتركة، والدعم الذي يأتي من إتاحة الفرصة للاجتماع مع أولئك الأفراد الذين يشتركون في عدد من الخصائص والقدرة، أو الثقافة، أو الوضع العام، أو البيئة.

وإذا ما حاولنا أن نتجنب تلك النعوت المختلفة التي نستخدمها مع الأفراد ذوي الإعاقات، وقررنا أن نصر على تسكين أولئك الأفراد مع أقرانهم غير المعوقين فإننا بذلك قد نخاطر بإعطائهم رسالة آنذاك بأن هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات يعدون أقل مرغوبية من جانبنا، أو أنهم غير أكفاء لكي يشاركوا الأقران ما يقومون به. ويرى باتمان Bateman (1994) أنه من غير المنطقي أو المقبول أن نسمح لطفل موهوب يعاني من صعوبات التعلم ألا ينتظم في إحدى مدارس التربية الخاصة مع أقرانه الذين يعانون من صعوبات التعلم لأنه يريد أن يحضر مع أولئك الطلاب الذين لا يعانون من صعوبات التعلم. وفي هذا الإطار فإننا في محاولة الوصول إلى وعي حقيقي بالتعدد الثقافي ينبغي أن نتعلم أنه من الأكثر فائدة على المدى البعيد أن نتقبل تلك الهويات التي ترتبط بالشذوذ أو غير العادية أثناء محاولتنا الوصول إلى زيادة في التسامح والفهم لتلك الفروق التي توجد بيننا وبينهم وذلك بدلاً من تجنب استخدام نعوت معينة لهؤلاء التلاميذ الذين يتسمون بخصائص معينة، واستبعاد الارتباط بهم وتجنبهم.

ومن الجدير بالذكر أن إحدى المهام الأكثر صعوبة في عملية التعليم كما يرى كوفمان وآخرون Kauffman et.al.(2002) تتمثل في التنشئة الاجتماعية للأطفال من خلال فرض نظام معين عليهم في الفصل أي عن طريق إدارة سلوكهم داخل الفصل حيث يمثل ذلك تحدياً

خطيراً لكل المعلمين تقريباً، ولغالبية معلمي التربية الخاصة على وجه الخصوص. وفي هذا الصدد هناك اعتباران هامان ينبغي أن نلتفت إليهما، وألا نغفل عنهما مطلقاً يتمثلان فيما يلي:



تساعد التربية متعددة الثقافات على تقبل الفروق الفردية بين التلاميذ

1- العلاقة بين أسلوب المعلم في فرض نظام معين داخل الفصل وأساليب المعاملة الوالدية للأطفال.

2- حساسية المعلم للفروق الثقافية كاستجابة لذلك النظام الذي يتم فرضه بالفصل.

وفي هذا الإطار فإن المعلمين الأمريكيين من الطبقة المتوسطة قد يكون لهم أسلوبهم في فرض النظام على الفص فيهتمون بأساليب المعاملة الوالدية الفعالة والإنسانية، ولكن هذا الأسلوب في ذات الوقت يختلف جذرياً عن بعض الممارسات الوالدية المقبولة ثقافياً إذ غالباً ما يبدو المربون متمركزين حول الأصول العرقية، ويولونها بالتالي جل اهتمامهم، ومن ثم يعتقدون أن ما يقدمونه من آراء مختلفة تعتبر هي الصحيحة بينما تعد تلك الآراء التي يقدمها

الآخرون رغم تعددها وتباينها خاطئة. وإن كان الواقع يشهد أنه نظراً لما يقدمه المعلمون من أساليب فعالة وإنسانية فإنهم قد يكونوا على صواب في بعض الحالات، ولكنهم مع ذلك قد يكونوا منحازين أو مخطئين في حالات أخرى، أي أن آراءهم تلك لن تكون صحيحة على طول الخط، وبالقطع لن تكون خاطئة طوال الوقت. وعند فرض النظام على التلاميذ ذوي الأصول الثقافية المتباينة قد يواجه المعلم قرارات عرقية صعبة تتعلق بإساءة معاملة الطفل أو إهماله حيث لا يزال الأمر صعباً حتى الآن إذا ما حاولنا أن نحدد أي الممارسات التنظيمية وفقاً لمغزاها الثقافي الفرعي تعد إساءة معاملة أو إهمال، وأيها الآخر يعتبر غير ذلك إذ أن مغزى مثل هذه الممارسات يختلف من ثقافة فرعية إلى أخرى.

وأخيراً فإننا نقرر ونتفق مع كل من بانكس وبانكس(1997) Banks &Banks وأوتلي وأوبياكور(2001-جـ) Utley & Obiakor أن التربية بصورة عامة يجب ألا تعمل فقط على تنشئة التلاميذ اجتماعياً حتى يتمكنوا من التكيف مع النظام الاجتماعي السائد حيث أن أهداف التربية متعددة الثقافات تتضمن تعليم التلاميذ وإعدادهم للتغير الاجتماعي، ومساعدة التلاميذ الذين يعدون أعضاء في بعض جماعات الأقليات المقهورة على أن يتمكنوا من الدفاع عن أنفسهم وعن غيرهم من أعضاء ثقافتهم الفرعية.

الخلاصة Summary

تتضمن التربية التي يتم تقديمها عند وجود التنوع الثقافي إدارة التوتر الذي ينشأ بين تنوع الجماعات الثقافية الصغيرة أو الفرعية من ناحية والقيم الشائعة التي تضمها الثقافة الكبيرة أو العامة من ناحية أخرى. وتشهد الثقافة الأمريكية العامة العديد من الثقافات الفرعية التي تؤكد على العدالة والمساواة والكرامة الإنسانية. ويعتبر تحقيق التطور في التربية متعددة الثقافات أمراً صعباً لأن كل ثقافة فرعية تميل إلى أن ترى العديد من القيم المتضمنة فيها على أنها معايير يتم الحكم على الآخرين في ضوئها. وينبغي على معلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام على حد سواء أن يفهموا تلك الكيفية التي يمكنهم بموجبها إتاحة التربية التي توفر فرصاً متكافئة أمام جميع الطلاب بغض النظر عن الجنس البيولوجي، أو المستوى الاجتماعي الاقتصادي، أو الجماعة العرقية، أو الإعاقة، أو أي هوية ثقافية أخرى وهو الأمر الذي يتطلب أن يقوم المربون بتغيير التركيب المعرفي أو البنية المعرفية لتلاميذهم وهوياتهم الثقافية. وفي واقع الأمر فإن تصميم منهج دراسي يرضي كل الجماعات يعد أمراً صعباً، كما أننا لا نجد مطلقاً أن الجميع يوافقون على أن فهم التنوع الثقافي يعد على نفس درجة أهمية بناء ثقافة عامة أو مشتركة. وبالرغم من أن التعدد الثقافي يعتبر أمراً محفوفاً بالصراعات فإنه يتيح الفرصة لممارسة قيم التسامح، والعدالة، والمساواة، والفردية التي تسود في الثقافة الأمريكية.

ومن الواضح أن المجتمعات المحلية والأسر تسهم بدور كبير في تشكيل اتجاهات التلاميذ نحو التربية والتحصيل الأكاديمي. وفي هذا الإطار يمكن للمجتمعات المحلية للأقليات أن تشجع أبناءها على النجاح الأكاديمي وذلك بالتركيز على تلك القيم التي ترتبط بالتحصيل الدراسي. ومع ذلك فإننا يجب أن نواجه الأنماط العرقية للتحصيل أو الفشل، وأن نفهم أن اتجاهات المجتمع المحلي والأسرة نحو التعلم المدرسي لا تعفي المربين من مسئوليتهم عن توفير تربية فعالة ومتعددة الثقافات لجميع التلاميذ.

وقد يبدو من أول وهلة أن التربية متعددة الثقافات تعد أمراً بسيطاً نسبياً ولكنها في واقع الأمر تعتبر غير ذلك إذ أن هناك العديد من الأسئلة التي تضيف إلى تعقدها. وتتعلق مثل هذه الأسئلة بتلك الثقافات التي يجب أن تتضمنها، وكيفية تدريس عناصر معينة منها للطلاب. ومع وجود العديد من الثقافات الفرعية المستقلة يرى البعض أنها تتضمن قيماً وعادات لا يقبلها الآخرون أو أنهم يرونها عدائية. هذا ويمكن التمييز بين الجماعات الثقافية الصغيرة أو الفرعية من خلال الجنس البيولوجي، أو الأصول العرقية، أو الانتماءات الدينية، أو السياسية،

أو التوجه الجنسي. ومن الصعب أن نصل في هذا الإطار إلى توازن معين بين القيم والتقاليد الثقافية التي ترضي كل الجماعات. وفضلاً عن ذلك فإن مثل هذا التوازن قد يختلف من مدرسة إلى أخرى، وعندما يشكل تلاميذ الأقليات أكثر من نصف عدد التلاميذ في المدرسة ينشأ الجدل حول تلك الأمور السالفة إلى جانب الاختلاف في اللغة والتربية مزدوجة اللغة.

ومن الجدير بالذكر أن أنماط التعدد الثقافي الأكثر ارتباطاً بالتربية الخاصة تتمثل في الأصول العرقية، والإعاقات أو الموهبة. ويجب أن نضع في اعتبارنا أن التلاميذ يمكن أن يكونوا أعضاء في جماعات ثقافية فرعية مختلفة إلى جانب تلك التي تدل على الاستثناءات في المجال التربوي أي الشذوذ أو غير العادية. ومن ثم فإن التربية الخاصة متعددة الثقافات ينبغي أن تعطي اهتماماً خاصاً للتأكد من أن الأصول العرقية لم يساء تشخيصها لتمثل بذلك شذوذاً تربوياً، وأن تعمل على زيادة فهمنا للشذوذ التربوي وعلاقته بالثقافات الفرعية الأخرى. وفي هذا الإطار فإنه قد يساء تشخيص أعضاء جماعات الأقليات العرقية على أنهم معوقون، أو قد تبذل جهود مضنية في سبيل تحديد بعض المواهب الخاصة إذا لم يتم فهم الممارسات الثقافية أو اللغات الخاصة بأصحابها وذلك من جانب المعلمين. وهناك مشكلة خطيرة ترتبط بذلك تتمثل في التمثيل غير المتجانس لطلاب الأقليات العرقية في التربية الخاصة وهي مشكلة لم يتضح وجود حل لها حتى الآن. وهناك في الواقع محاولات تبذل من جانب أفراد ذوي استثناءات معينة أي إعاقات معينة أو محددة كالصمم على سبيل المثال لكي يعملوا على تطوير ثقافات صغيرة أو فرعية خاصة بهم، وهي تلك الثقافة التي تعرف بثقافة الصم، ومن ثم يصبح بالتالي من المهم أن نساعد الآخرين على فهم مثل هذه الثقافات وتقبلها.

وهناك ثلاث مشكلات أساسية في التربية الخاصة متعددة الثقافات هي التقييم، والتعليم، والتنشئة الاجتماعية. ويعتبر التقييم بصفة خاصة مشكلة حرجة لأنه يشكل الأساس اللازم لاتخاذ القرارات التي تتعلق بالتعليم والتسكين. وبالتالي يجب أن يكون التقييم دقيقاً، وغير منحاز، وأن يرتبط مباشرة باختيار التعليم الفعال أي بتصميم واختيار البرامج التعليمية الفعالة. وفي هذا الإطار نقرر أن اللجوء إلى إجراءات الاختبارات التقليدية كالاختبارات المعيارية على سبيل المثال تعد مشكلة كبيرة بالنسبة لأعضاء معظم الأقليات العرقية. ولذلك فإن التقييم القائم على المنهج الدراسي، وتقييم الأداء قد لاقوا قبولاً كبيراً كبديلين لبعضهما البعض. كما أن تقييم بيئة التعلم قد تكون على نفس درجة أهمية تقييم مهارات التلاميذ في هذا المضمار.

ويؤدي التعليم في واقع الأمر إلى وجود العديد من النقاط أو الأمور التي يدور الجدل حولها كالتربية الخاصة مزدوجة اللغة، والتربية الخاصة متعددة الثقافات. وتتمثل إحدى

المشكلات الكبيرة والشائعة في التربية الخاصة في مسألة الفروق أو الاختلافات حيث يجب أن يتم في هذا الصدد إدراك الفروق بين التلاميذ، وأن يتم تقديم خدمات خاصة تتفق معها. كذلك فإن التشخيص، وتقديم البرامج الخاصة قد يحملان أيضاً معهما الوصمة لمثل هؤلاء الأطفال، وقد يعملان على استمرار تلك الفروق والاختلافات بينهم. هذا وقد يرى بعض المربين أن التعليم يجب أن يساعد التلاميذ على فهم ثقافاتهم الفرعية والإبقاء عليها، كما يساعدهم في ذات الوقت على أن يؤدوا بنجاح في الثقافة الأمريكية الكبيرة أو العامة. وجدير بالذكر أن متابعة المربين للمساواة والعدالة قد أدى بهم إلى تحديد أربعة أهداف تعليمية يعملون جاهدين على تحقيقها في هذا الصدد هي:

1- تعليم أولئك الأفراد التسامح والتساهل وتقبل الفروق التي توجد بينهم.

2- العمل بشكل تعاوني مع أسر هؤلاء التلاميذ.

3- تحسين التعليم المقدم إلى أولئك التلاميذ الذين يتحدثون بلغة الأقليات.

4- استخدام أساليب تدريسية فعالة.

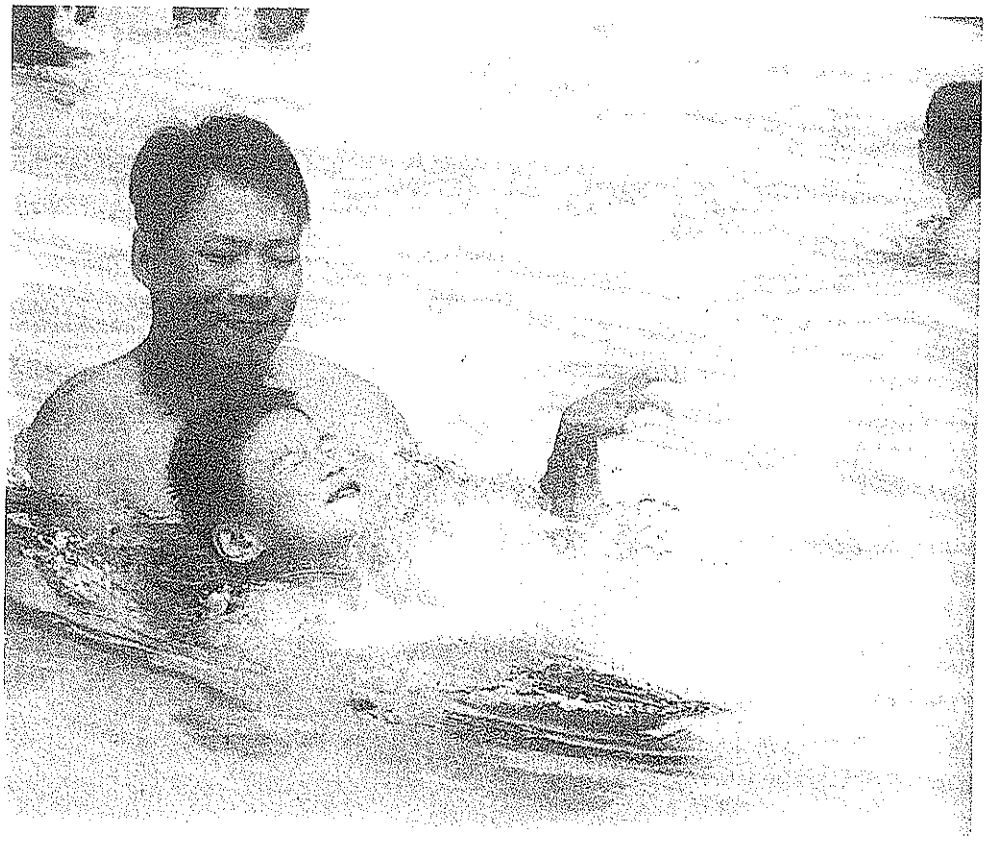
ومن ناحية أخرى فإن التنشئة الاجتماعية تعد بمثابة مظهر من مظاهر التربية، ويعتقد البعض أنها لا تقل في أهميتها عن التعليم الأكاديمي. وفي هذا الإطار ينبغي أن تقوم التربية الخاصة متعددة الثقافات بتحسين فهم التلاميذ لتلك الفروق التي توجد بينهم وبين الآخرين، وتقبل تلك الفروق، ومساعدتهم على أن يفتخروا بهوياتهم الثقافية. هذا وقد يواجه المعلمون في محاولتهم إدارة سلوك التلاميذ في الفصل مشكلات معينة ترتبط بالتعدد الثقافي وذلك بسبب وجود فروق بين وجهات نظرهم حول النظام وتربية الأطفال من ناحية وبين وجهات نظر تلاميذهم ووالدي هؤلاء التلاميذ في هذا الصدد من ناحية أخرى..

الفصل الرابع

4

أسر الاطفال غير العاديين

Parents and Families



مقدمة:

مما لا شك فيه أن المجتمع اليوم قد صار يتقبل أولئك الأفراد ذوي الإعاقات وذلك على العكس مما كان يحدث في الماضي، ومما يؤكد ذلك أن هناك العديد من هؤلاء الأفراد المعوقين يتم دمجهم أو حتى ضمهم واحتواؤهم في المدارس، وأماكن العمل، والمجتمع المحلي حيث تمت إزالة العديد من الحواجز والعقبات التي كانت تحول دون ذلك. ومع هذا فلا يزال هناك طريق طويل في هذا الإطار كي نسلكه حتى نتمكن من ضمهم بشكل كلي مع أقرانهم العاديين. ويرى البعض أن الأعضاء المعوقين في الأسرة هم الذين يتلقون التعليقات المختلفة من الآخرين وهي التعليقات التي قد لا تراعي مشاعرهم في بعض الأحيان. وتتعدد ردود الأفعال التي توجه إلى هؤلاء الأفراد المعوقين لتتضمن إلى جانب الصدمة كلاً من الإنكار، والحزن، والقلق، والخوف، ومشاعر الذنب التي يخبرها والدو هؤلاء الأطفال. ومع ذلك فإننا لا يمكن أن نقرر أن أياً من ردود الفعل السابقة يعد عاماً بين جميع الآباء الذين يولد لهم بعض الأطفال ذوو الإعاقات حيث قد يخبر والدوهم بعض هذه الردود، أو كلها، أو قد لا يخبرون أياً منها بالمرة. هذا وتتراوح ردود فعل أعضاء الأسرة للأفراد ذوي الإعاقات من الرفض المطلق لهم إلى التقبل المطلق، ومن الكراهية الشديدة لهم إلى الحب الشديد، ومن الإهمال الكلي إلى الحماية الزائدة. والأهم من ذلك أن الطفل المعوق لا يمثل تهديداً دائماً لرفاهية الأسرة، بل إن بعض آباء هؤلاء الأطفال وأخوتهم يؤكدون أن وجود عضو معوق بين أعضاء الأسرة قد يؤدي إلى تقوية الأواصر التي تربط بين أعضاء تلك الأسرة.

وسوف نتناول في الفصل الراهن ديناميات الأسر التي لديها أطفال معوقين، وسوف نتطرق إلى مشاركة الوالدين في علاج وتعليم هؤلاء الأطفال. وقبل هذا وذاك فإننا سوف نوضح ذلك الدور الذي يلعبه والدو الأطفال المعوقين من المنظور التاريخي .

تغير آراء الأخصائيين عن الوالدين Professionali Changing Views of parents

يدرك الأخصائيون الذين يعملون مع الأطفال غير العاديين في الوقت الراهن أهمية ذلك الدور الذي يمكن أن تلعبه الأسرة في سبيل تعليم هؤلاء الأطفال حيث يمكن للأسرة التي يكون أحد أعضائها من هؤلاء الأطفال وخاصة الوالدين أن يشاركا بشكل كبير في تلك الجهود التي يتم بذلها لتعليمهم، وعلى ذلك فإن تجاهل مثل هذا الدور من جانب الأسرة في هذا الصدد لا يزيد عن كونه قصر نظر حيث سيكون من شأنه أن يقلل من فاعلية ما يتم تقديمه لهم من تعليم.

ومن هذا المنطلق فإن الدور الذي تلعبه الأسرة وخصوصاً الوالدين في البرامج التربوية والعلاجية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال يعتبر دوراً حاسماً وعلى درجة كبيرة من الأهمية في هذا المضمار، ومع ذلك فليس هذا هو موضوعنا الرئيسي هنا، بل إن الأهم من ذلك هو هذا التغير الكبير في آراء المختصين فيما يتعلق بذلك الدور الذي يقوم به الوالدان في هذا الإطار حيث كان بعض هؤلاء المختصين ينظر إلى الوالدين منذ عهد قريب على أنهما هما السبب الرئيسي لتلك المشكلات التي يعاني طفلهما منها، أو على أنهما هما أولئك الأشخاص الذين يمكننا أن نلقي عليهما باللوم حينما تفشل تلك الجهود التي تبذل كي يستفيد الطفل منها سواء كانت تلك الجهود تمثل تدخلات تربوية أو حتى علاجية. ويؤكد البعض كما يرى تورنبول وتورنبول Turnbull & Turnbull (1997) أن مثل هذه الآراء السلبية عن الوالدين إنما كانت تنبع في جانب كبير منها مما يعرف بحركة تحسين النسل eugenics movement التي حدثت في نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين. ويعتقد المختصون المؤيدون لهذه الحركة أن الهدف منها إنما يتمثل في الإبقاء على التناسل الانتقائي البشري، ولذلك فقد اقترحوا على سبيل المثال أن يتم تعقيم أو إخصاء أولئك الأفراد المتخلفين عقلياً حتى يحافظوا بذلك على تلك الخصائص المميزة للنسل من الانحدار حيث كانوا يعتقدون أن كل الأسباب التي تؤدي إلى التخلف العقلي لا تخرج في جوهرها عن الوراثة بأي حال من الأحوال.

وعلى الرغم من أن حركة تحسين النسل قد شهدت نهايتها التي كتبت لها خلال الثلاثينيات من القرن الماضي فإن بعض المختصين لا يزالون حتى الآن يرون أن الوراثة هي السبب الرئيسي لتلك الإعاقات التي يمكن أن يتعرض مختلف الأفراد لها، بل إن المناخ كان مهيئاً أمام بعضهم كي يلقون باللوم على أساليب المعاملة الوالدية في حدوث بعض الإعاقات وخاصة المشكلات أو الاضطرابات الانفعالية المختلفة. وقد استمرت مثل هذه الأفكار هي السائدة في بعض الأحيان وبالنسبة لبعض الاضطرابات حتى السبعينيات أو حتى الثمانينيات من القرن الماضي وخاصة بالنسبة لاضطراب التوحد حيث كان البعض يرى أن سببه الرئيسي إنما يرجع إلى الوالدين، بل وإلى الأم على وجه الخصوص. واستمر الوضع على ذلك حتى كشفت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد خلال تلك الفترة عن وجود أساس بيوكيميائي لاضطراب التوحد، وبالتالي لا يمكننا في ضوء ذلك أن نلقي باللوم على الوالدين ونعتبرهما هما السبب الأساسي لذلك الاضطراب، أو ندعي كما كان يرى برونو بيتلهايم Bruno Bettelheim (1950، 1967) أن البرود الانفعالي من جانب الأم، وعدم استجابتها لأطفالها وهو ما دفعه إلى تسميتها بالأم الثلاجة refrigerator يعتبر من وجهة نظره هو السبب الأساسي لحدوث اضطراب التوحد بين الأطفال.

وقد كان من الأقل احتمالاً بالنسبة للمختصين في نهايات السبعينيات وبدايات الثمانينيات من القرن الماضي أن يلقوا باللوم على الوالدين فيما يتعلق بتلك المشكلات التي يتعرض لها أطفالهما أو التي تواجههم. وقد كان هناك على الأقل سببان لوجهة النظر الإيجابية هذه هما:

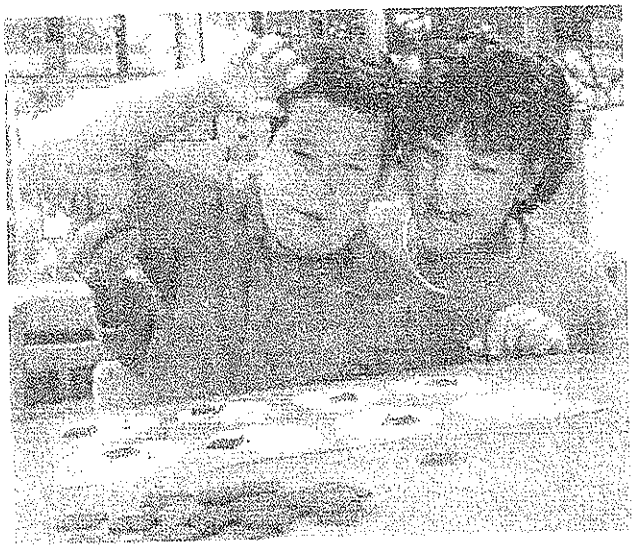
1- أن الباحثين قد عززوا تلك الفكرة التي تتعلق باتجاه السببية بين سلوك الطفل والشخص الراشد، ورأوا أنه يعد ثنائي الاتجاه حيث يمكن للوالد في بعض الأحيان أن يغير من سلوك الطفل أو الرضيع، بينما يصبح العكس هو الصحيح في أحيان أخرى. أما بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات فإن بعض الباحثين يشيرون إلى أن هؤلاء الأطفال حتى الرضع منهم قد يتصفون أحياناً بصعوبة المراس وهو الأمر الذي يؤثر على استجابة الوالدين لهم أو على تلك الكيفية التي يستجيب الوالدان لهم بها. كذلك فإن بعض الأطفال الرضع ذوي الإعاقات على سبيل المثال لا يستجيبون نسبياً لتلك الإثارة التي يقدمها لهم الوالدان مما يكون من شأنه أن يجعل التفاعل معهم أكثر صعوبة. ومع فهم الطبيعة التبادلية للعلاقة بين الوالدين والطفل سوف يصير من الأكثر احتمالاً بالنسبة لنا أن نبدي تعاطفاً مع الأم على ما يصيبها من إحباط على أثر ما تبذله من محاولات لمداعبة رضيعها المتخلف عقلياً من المستوى الشديد، أو نتعاطف مع غضب الأب على أثر محاولاته البائسة للتعامل مع ابنه المراهق الذي يعاني من اضطراب سلوكي أو انفعالي.

2- أن المختصين قد بدأوا في إدراك ذلك التأثير الإيجابي للأسرة في العملية التعليمية. فعلى الرغم من أن العديد من المختصين كانوا يميلون في البداية إلى التفكير في أن الوالدين يحتاجان إلى التدريب حتى يصبح لهما تأثير إيجابي على الأطفال فإن العدد الأكبر منهم يدركون في الوقت الراهن أن الوالدين غالباً ما يكون لديهما الكثير والكثير الذي يمكنهما أن يقدمانه في سبيل تربية الطفل وعلاجه وذلك بشكل يفوق ما ينتظره المختصون منهما في هذا الصدد، وما يعتقدونه في هذا الخصوص. وتنص الفلسفة السائدة في الوقت الراهن كما يرى بيري وهاردمان Berry(1998) &Hardman على أنه ينبغي أن ينظر المختصون إلى تلك الخدمات والبصائر الخاصة التي يمكن أن يقدمها الوالدان لأولئك الأطفال بمقتضى حياتهما معهم. وفضلاً عن ذلك فإنه من الأقل احتمالاً بالنسبة للمختصين في الوقت الراهن أن ينظروا من الهدف إلى التدخل المبكر على أنه يتمثل في تدريب الوالدين كي يقوموا بذلك الدور الذي يعد شبيهاً بدور المعالج أو المعلم. ولكن الكثيرين منهم يعتقدون بدلاً من ذلك أن الهدف من التدخل المبكر يجب أن يتمثل في الإبقاء على تلك العلاقة التي تنشأ بين الوالدين والطفل، والعمل على تطويرها وتنميتها بقدر الإمكان. كما لا يجب

في هذا الصدد إغفال الحقيقة التي تؤكد على وجود علاقة تكاملية بين كل من المعلمين والوالدين بحيث يمكن لكل طرف منهما أن يفيد الطرف الآخر بدرجة كبيرة. ومن هذا المنطلق يصبح كل منهما على درجة كبيرة من الأهمية للآخر حيث يكون من شأنه أن يسهم في نجاح ما يقوم به من جهود وهو الأمر الذي يوضحه الجدول التالي.

جدول (4- 1) أهمية الأسرة بالنسبة للمعلمين وأهمية المعلمين بالنسبة للأسرة

أهمية الأسرة للمعلمين	أهمية المعلمين للأسرة
▪ تقوم الأسرة بتزويد المعلمين بالمعلومات الشخصية التي يمكن أن تفسر ذلك السبب الذي يمكن أن تحدث من جرائه تلك السلوكيات من جانب طفل معين في الفصل.	▪ يزود المعلمون الأسرة بالأدلة الموثقة التي تؤكد مدى تقدم أو تطور أطفالهم والنجاح الذي يحققونه.
▪ تقوم الأسرة بتزويد المعلمين بمعلومات عن الخلفية والتاريخ الطبي أو المرضي وهو ما يمكن أن يساعد في فهم ذلك السبب الذي يجعل الطفل يتصرف بطريقة معينة أو يتعلم بهذه الطريقة على وجه التحديد.	▪ يمكن للمعلمين أن يساعدوا الأسرة على أن تشارك بصورة أكثر فعالية في تعليم الأطفال.
▪ يمكن أن تقوم الأسرة بتعزيز ما يعلمه المعلم للأطفال وخاصة فيما يتعلق بالواجبات المنزلية .	▪ يمكن للمعلمين أن يساعدوا الأسرة في تحديد اهتمامات الطفل حتى يتمكنوا من وضع الأهداف المناسبة طويلة المدى لذلك.
▪ يمكن أن تقدم الأسرة المساندة اللازمة للمعلمين كأن يعملوا كمرافقين للتلاميذ أو يتطوعوا للعمل مع المعلمين في الفصل.	▪ يقوم المعلمون بتعليم الأطفال المهارات الاجتماعية اللازمة لنجاحهم وتعزيزها مما يساعد هؤلاء الأطفال في مشاركة أعضاء المجتمع المحلي ما يقومون به من أنشطة والتفاعل معهم .
▪ يمكن للأسرة أن تساعد المعلمين في تحديد اهتمامات التلاميذ حتى يتم وضع الأهداف التعليمية أو المهنية طويلة المدى والعمل على تحقيقها.	▪ يساعد المعلمون الأسرة في التعرف على مدى ملاءمة ما يصدر عن أطفالهم من سلوكيات، وفي التعرف على حاجاتهم الأكاديمية المختلفة.
▪ يمكن للأسرة أن تزود المعلمين بالمعلومات التي تتعلق بأنماط النظام واستراتيجيات التعلم التي يمكن أن تفيد الأطفال بدرجة أفضل.	▪ يقوم المعلمون بتحديد المعلومات التربوية والمجتمعية الهامة التي تساعد الأسرة على معرفة تلك الفرص المختلفة التي تتاح أمام أطفالهم.
▪ يمكن للأسرة أن تساعد المعلمين في اكتشاف جوانب قوة طفل واحتياجاته مما يمكنهم من وضع الأهداف التعليمية المناسبة.	▪ يقوم المعلمون بتقديم المساعدة اللازمة للأسرة في سبيل تعليم أطفالهم إلى جانب تقديم المساندة المطلوبة لهم في هذا الإطار.



يلزم القانون الفيدرالي المدارس بأن تسمح لوالدي الأطفال المعوقين بالاشتراك في تعليم هؤلاء الأطفال

ونظراً لإدراك أهمية الأسرة في هذا الصدد فقد أصدر الكونجرس الأمريكي عدة قوانين فيدرالية تنص على أن تبذل المدرسة جهوداً مكثفة لإشراك الوالدين والأسرة عامة في تعليم أطفالهم ذوي الإعاقات. وقد شهدت التعديلات الحالية لذلك القانون إشراك الوالدين في إعداد البرامج التربوية الفردية لهؤلاء الأطفال. وعندما يقل عمر الأطفال عن الثالثة ينبغي أن تقوم المدرسة بإشراك الوالدين في إعداد وتطوير الخطط الفردية لتقديم الخدمات الأسرية حيث تتمركز مثل هذه الخطط حول الأسرة إذ أنها لا تعمل على تلبية الحاجات الفردية للطفل المعوق فحسب بل تركز على أسرته أيضاً وذلك بتحديد ما يلزمها من خدمات حتى تتمكن من مساعدة الطفل على النمو والتطور.

تأثير الطفل المعوق على الأسرة

يؤثر ميلاد أي طفل بشكل دال على ديناميات الأسرة كما يرى كوف وآخرون Keogh et.al. (2000) حيث يعاني الوالدان من مجموعة من التغيرات في سبيل تحقيق التكيف مع قدوم عضو جديد بالأسرة. أما ميلاد طفل معوق بالأسرة فيترك تأثيراً أكثر عمقاً على هذه الأسرة. كذلك فإن الروتين اليومي الذي تسلم به معظم الأسر كثيراً ما يتغير في تلك الأسر التي يولد بها أطفال معوقون. فقد يتطلب الطفل المعوق على سبيل المثال إجراء اعديد من التعديلات على أسلوب الحياة الأسرية بالمنزل حيث قد تضطر الأسرة للانتقال بالقرب من المعالجين، كما أنه قد يغير في ذات الوقت بدرجة كبيرة من الجداول المنزلية المختلفة التي تكون الأسرة قد أعدتها وتنظم حياتها وفقاً لها، وقد لا تجد الأسرة وقتاً كافياً حتى تتمكن من القيام بالأعمال اليومية الروتينية الخفيفة التي كانت تقوم بها بسهولة وبصفة مستمرة. وإلى جانب ذلك فإن الأهداف المهنية للوالدين قد تتأثر بذلك هي الأخرى حيث قد يتنازل الوالد عن ترقية معينة في عمله حتى يجد الوقت الكافي الذي يمكنه أن يقضيه مع طفله. وفضلاً عن ذلك

فإن الطفل المعوق يمكن أن يكون له تأثير متفاوت على كل من والديه وأخوته، أو أنه قد يؤثر على كل منهم بطريقة مختلفة عن الآخر وهو الأمر الذي يؤدي إلى اختلاف ردود فعل كل طرف منهما للطفل. وسوف نتناول ردود فعل الوالدين للطفل أولاً، ثم ردود فعل الأخوة وذلك كما يلي:

أولاً: ردود فعل الوالدين للطفل المعوق

من الجدير بالذكر أن ردود فعل الوالدين لطفلهما المعوق تختلف وتتباين، وتمر بالعديد من المراحل إلى أن تستقر أخيراً. ويمكن من هذا المنطلق أن نتناول ردود فعل الوالدين لطفلهما المعوق في عدد من النقاط على النحو التالي:

مدخل النظرية المرحلية

يرى جمع من الباحثين والأطباء أن الوالدين يسيران في سلسلة من المراحل بعد أن يعرفا أن طفلهما يعاني من إعاقة معينة. ومن المعروف أن بعض هذه المراحل توازي التسلسل المقترح لتلك الاستجابات التي تصاحب ردود فعل الفرد لوفاة شخص عزيز بالنسبة له. وبناء على تلك المقابلات التي تم إجراؤها مع والدي الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية الخطيرة فإن مجموعة المراحل التي تمثل ردود أفعالهم هذه تتضمن المراحل التالية :

1- الصدمة والفوضى disruption.

2- الإنكار.

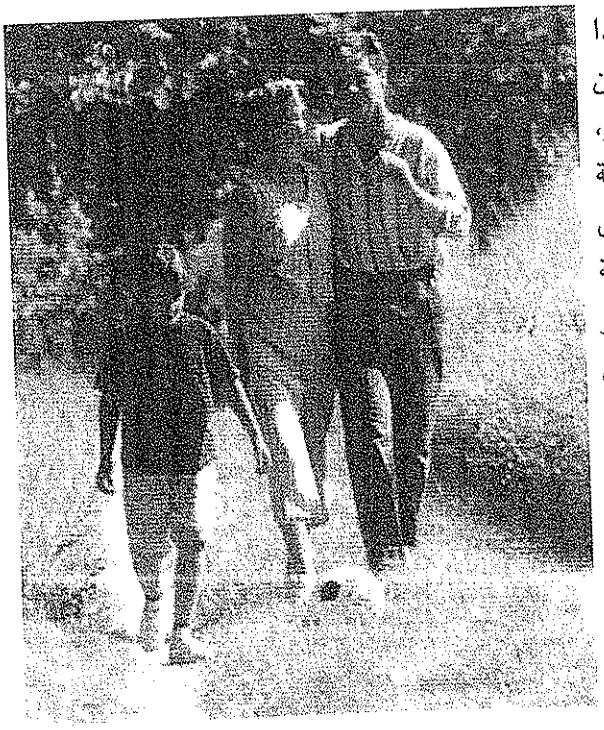
3- الحزن.

4- القلق والخوف.

5- الغضب.

6- التكيف للحدث.

وقد تعرض هذا الاتجاه المعروف بالمدخل المرحلي في فهم ردود الفعل الوالدية لميلاد طفل معوق للنقد من جانب الكثيرين حيث أن الوالدين لم يخضعا لأي تعليم أو لأي برنامج معين يتعلمان من خلاله أن يسيرا وفقاً لمثل هذه المراحل. وعلى ذلك فلن يكون من المفيد أن نقرر أن هذه الأم أو تلك تمر بمرحلة القلق والخوف في الوقت الراهن مثلاً، ولكن المهم وفقاً لهذا المدخل أن نساعدها على أن تتجاوز مرحلة الغضب حتى تصل أخيراً إلى مرحلة التكيف ويصبح باستطاعتها أن تتكيف لمثل هذا الحدث.



إذا كان ميلاد الطفل العادي يؤثر على الأسرة بدرجة كبيرة فإن ميلاد طفل معوق للأسرة له تأثيره الأكثر عمقاً عليها

ومن أهم أوجه النقد الموجهة لهذا النموذج المرحلي ما يقرره العديد من الآباء من أنهم لم يمروا بمرحلة الإنكار، أو أنهم لم ينكروا حدوث واقعة الإعاقة بالنسبة للطفل. بل إن بعضهم كان أول من توقع حدوث مثل هذه المشكلة للطفل، وبالتالي سوف يكون من غير المعقول أن يتنقل والدا الطفل المعوق من طبيب إلى آخر بحثاً عن تشخيص أفضل لدى أي منهم، ولكنهما في الواقع يحاولان أن يوضحا للطبيب أن هناك شيئاً ما خطأ بالنسبة لطفلهما، وهذا هو ما يقومان به في الغالب. وعلى الرغم من أن الوالدين قد لا يمران في ردود أفعالهما لميلاد طفل معوق لهما بنفس ترتيب هذه المراحل بشكل صارم فإن بعض الآباء قد يخبر بعض أو كل هذه الانفعالات في وقت معين أو آخر. ومع ذلك يتبقى هناك رد فعل عام وشائع بين هؤلاء الآباء يتمثل في شعورهم بالذنب لميلاد هذا الطفل .

الشعور بالذنب

غالباً ما يخبر والدا الطفل المعوق صراعاً بسبب ذلك الشعور المرعب بأنهما يعدان مسئولين إلى حد ما عن تلك الحالة التي يكون الطفل قد وصل إليها. وعلى الرغم من عدم وجود أساس مطلق لمثل هذه الأفكار بالنسبة للغالبية العظمى من الحالات فإن الشعور بالذنب يمثل أحد أكثر المشاعر الوالدية شيوعاً عند ميلاد أطفال معوقين لهم . ويرجع ارتفاع معدل الشعور بالذنب بين تلك الحالات إلى أن السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى معظم تلك الإعاقات لا يكون معروفاً، وأن عدم المعرفة الدقيقة لسبب إعاقة الطفل من شأنه أن يؤدي إلى وجود مناخ يرى الوالدان فيه أنهما نفسهما يلامان على ذلك. وتعد الأمهات هن الأكثر عرضة للشعور بالذنب. وكما أقرت فيزرستون (1980) Featherstone التي كانت أماً لطفل كفيف،

ويعاني كذلك من استسقاء الدماغ كنمط من الأنماط الإكلينيكية للتخلف العقلي، ومن الشلل الدماغي، والتشنجات فإن الأطفال يعتبرون هم الإنجاز الذي نقوم نحن بتحقيقه، وأن أجسامهم تنمو داخل أجسامنا، فإذا ما كانت إعاقتهم قد تشكلت في أرحامنا فإننا في تلك الحالة نلوم أجسامنا غير الصحيحة أو الحذر غير الكاف الذي لم نراعه، وبالتالي فإننا حتماً نفترض مسئوليتنا عن إعاقتهم الجسمية. وإذا كان هناك قدر كبير من الاهتمام الذي تلقاه الأم الحامل فإنها حينما تضع مولوداً معوقاً فإنها تشعر بالفشل هي وزوجها وكل العالم من حولها أيضاً. وسرعان ما يزداد هذا الشعور بعدم الكفاءة من جانب الأم التي تلقي باللوم على تلك المأساة التي تعرضت لها في هذا الصدد.

التعامل مع عامة الناس

وفضلاً عن ذلك التناقض الذي يتعلق بسبب تلك الإعاقة التي تكون قد لحقت بالطفل فإن الوالدين يشعران بأنهما يكونا عرضة للنقد من الآخرين وذلك فيما يتعلق بذلك الأسلوب الذي يتبعانه في التعامل مع مشكلة طفلهما حيث كثيراً ما يشعران أن الآخرين يوجهون الكثير من النقد لما يتخذانه من قرارات تتعلق بعلاج طفلهما، وتعليمه، وما إلى ذلك مما يتعلق به. وأحياناً يكون الآخرون قاسين في ردود أفعالهم التي تتعلق بأولئك الأفراد ذوي الإعاقات وخاصة أولئك الذين تكون إعاقتهم ظاهرة للعيان حيث يواجهون بردود فعل غير مناسبة من هؤلاء الآخرين إذ أنه وفقاً لما يراه جون هوكينبري (1995) John Hockenberry الحائز على جائزة إيمي Emmy والذي كان يجلس على كرسي متحرك منذ التاسعة عشرة من عمره بسبب حادث سيارة كان الغرباء أحياناً ما يوجهون إليه أسئلة غير مناسبة، بل إنه يقرر أنه في يوم شديد الحرارة ظلت امرأة وهو يمر في نفق بمدينة نيويورك تنظر إليه كثيراً وهي تبتسم فاعتقد أنها تعرفه عن طريق الراديو أو م صوره التي نشرت في الصحف والجرائد أو في التليفزيون من قبل، ولم يكن أمامه أي تفسير غير ذلك. ولكنها أخيراً توجهت نحوه عندما توقف القطار وقامت بتحيته وقالت في صوت جاد إن رجليه تبدو طبيعيتين، فرد عليها قائلاً إنهما طبيعيتان فعلاً ولكنه لا يستطيع أن يحركهما، فردت قائلة إنها لا تقصد ذلك ولكنها تقصد أنه مشلول، وأن رجليه لم تضعف أو تتعرض للوهن بعد وكأنها تذبل وهو الأمر الذي جعله يعتقد أن الرجلين المشلولتين يجب أن تتعرضا فعلاً لذلك. وربما كانت الإجابة الصحيحة التي يمكن الرد بموجبها على تلك السيدة تتمثل في أخذ نفس عميق، ثم يشرع بعد ذلك بكل هدوء في شرح كل التفاصيل التي تتعلق برجليه وما تتضمنهما من عضلات لها، وأن يوضح لها أيضاً أن هناك حالات أخرى هي التي يمكن أن يحدث فيها مثل هذا الوهن الذي تتحدث عنه، وأن حالته هذه ليست ضمن تلك الحالات. ولكن الموضوع برمته يعد في الواقع شيئاً غريباً كي تقوم به مثل هذه السيدة .

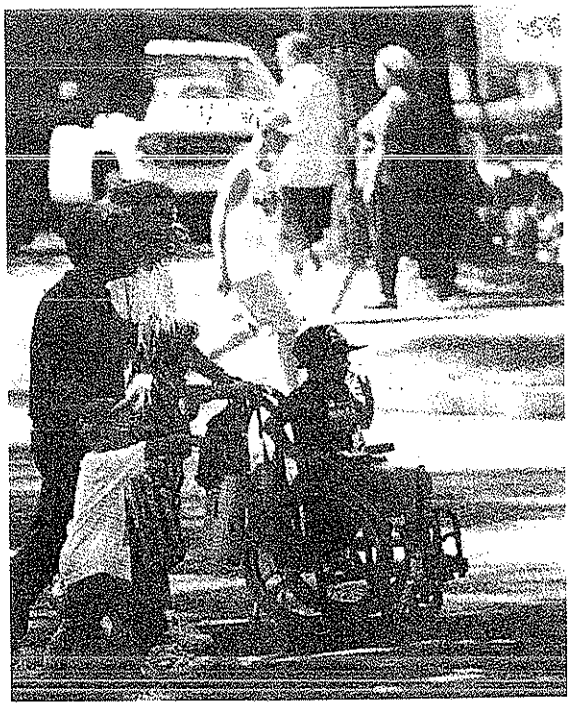
ومن جانب آخر فقد مر هوكينبري Hockenberry بأوقات عصيبة للغاية كي يتعرف على كيفية التعامل والتفاعل مع هؤلاء الأفراد الذين لا يبدون أي حساسية لمن هم على شاكلته بصورة عامة. وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة له كشخص راشد فما بالنا بما يمكن أن يخبره الطفل في هذا الصدد، وكيف يمكن أن يكون مثل هذا الأمر أكثر صعوبة بالنسبة له. ومن الملاحظ في هذا الإطار أن الوالدين قد يتحملان عن الطفل بصورة غير مفهومة أعباء الاستجابة لردود الأفعال غير المناسبة أو حتى القاسية من جانب عامة الناس.

التعامل مع مشاعر الطفل

وإلى جانب التعامل مع ردود أفعال عامة الناس لإعاقة الطفل فإننا نلاحظ أن هناك مهمة أخرى تقع على عاتق الوالدين تتمثل في التحدث مع طفلهما عن إعاقته وهي المهمة التي قد تكون عسيرة نظراً لأنهما يجب أن يتناولا مثل هذا الموضوع مع الطفل دون أن يجعلا الإعاقة تبدو موضوعاً أكثر أهمية مما هي عليه في الواقع، أي أنهما لا يجب أن ينبها الطفل إليها أو يجعلانه أكثر اهتماماً بها. ومع ذلك فإن هناك العديد من التساؤلات التي تتعلق بتلك الإعاقة والتي يجب أن يطرحها الطفل ذاته حتى يستفسر عن تلك الإعاقة التي لحقت به، وتعتبر الأسئلة التالية من أهم الأمثلة التي تعبر عن هذه التساؤلات من جانبه :

- كيف حدثت تلك الإعاقة؟
- هل ستبقى هذه الإعاقة للأبد؟
- هل سيزداد الأمر سوءاً عما هو عليه الآن؟
- هل سيمكنني أن أحيا مستقلاً كراشد؟

وحينئذ ينبغي أن ينتظر الوالدان حتى يقوم الطفل بتوجيه أسئلة محددة إليهما حتى يتمكنا من تقديم الإجابة المناسبة لكل منها وذلك بدلاً من التحدث إليه حول



ينبغي أن تتعلم الأسرة كيفية التعامل مع ردود فعل الآخرين تجاه الطفل المعوق

عموميات مختلفة. ويبدو من الأفضل أن يتحدث الوالدان إلى طفلهما حول إعاقته في وقت مبكر من عمره خاصة قبل أن يصل إلى مرحلة المراهقة وتواجههم جميعاً مشكلات جمة تتعلق بالتواصل. وأخيراً يرى معظم المختصين أن إجابة الوالدين على ما يمكن أن يوجهه الطفل إليهما من تساؤلات بخصوص إعاقته يجب أن تتسم بالصدق والأمانة. ويؤكد بيرو Pierro (1995) على ذلك بشدة، ويرى أن بعض الآباء يميلون إلى حجب بعض المعلومات عن الطفل مراعاة لمشاعره كما يتصورون. ولكنهم لا يدركون أنهم بذلك يعطونه معلومات غير صحيحة وهو الأمر الذي سوف يكتشفه هو على المدى الطويل فلا يساعده على النمو الصحيح في الجوانب الأخرى للشخصية. وإذا كان الأمر على هذه الشاكلة فمن الممكن أن نعطي الفرصة للأطفال أنفسهم كي يجيبوا هم عن تلك الأسئلة بدلاً من الاعتماد على والديهم في ذلك طالما أننا لا نبحث عن الإجابة الصحيحة.

توافق الوالدين

يشير دايسون Dyson (1997) ودويس وآخرون Duis et.al.(1997) وجافيديا وآخرون Gavidia et.al. (1997) ودوماس وآخرون Dumas et.al.(1991) وبيكمان Beckman(1991) إلى أن هناك العديد من الأدلة التي تؤكد على أن والدي الأطفال ذوي الإعاقات يعانون كثيراً من تلك الضغوط العديدة التي يواجهونها في حياتهم والتي تزيد تلك الإعاقات التي يعاني أطفالهم منها من مثل هذه الضغوط ومن حدتها. ولا تنتج الضغوط التي يتعرض لها الوالدان عادة عن تلك الأحداث الجسام التي يكونا قد تعرضا لها على أثر إعاقة طفلهما، ولكنها تتعلق بدلاً من ذلك بتلك النتائج التي تترتب على مسئوليتهما اليومية التي تتعلق برعاية الطفل. فلو أخذنا حدثاً معيناً مثلاً وليكن إصابة أحد أعضاء الأسرة بمرض خطير فإن ذلك يكون من شأنه أن يسبب أزمة في الأسرة، وسوف تكون آثاره أكثر تدميراً إذا ما كانت الأسرة تعاني بالفعل من ضغوط معينة بسبب تعدد ما تتعرض له من مشاحنات يومية.

وفي واقع الأمر فإننا لا نجد هناك اتفاقاً واضحاً على ما إذا كان آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات يخبرون نفس الدرجة من الضغوط أم لا حيث قد أوضحت الدراسات المبكرة في هذا المضمار أن الأمهات تعانين من قدر أكبر من الضغوط قياساً بالآباء، ولكن مع زيادة المسئوليات الملقاة على عاتق الآباء فيما يتعلق برعاية الأبناء قياساً بما كان الأمر عليه من قبل أصبح الآباء والأمهات يخبرون كماً متساوياً نسبياً من الضغوط في هذا الصدد.

ردود فعل الوالدين للضغوط

لا يوجد هناك رد فعل والدي عام لتلك الضغوط الإضافية التي تنشأ عن تربية طفل معوق.

وعلى الرغم من أننا يمكن أن نعتقد أن تلك الضغوط سوف ترتبط بشدة الإعاقة فإن هناك أدلة قليلة تؤكد صحة هذا الافتراض. فعلى سبيل المثال نجد أن والدي الأطفال الذين يعانون من إعاقات أكثر حدة قد يواجهون قدراً أكبر من تلك الصعوبات التي تتعلق برعاية الطفل، إلا أنه قد يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لوالدي الأطفال الذين يعانون من إعاقات ذات مستوى أبسط أن يخبروا ضغوطاً إضافية تتعلق بما يشعر الوالدان به بخصوص طفلهما كالضغوط التي تتعلق بتحصيلهم الدراسي، وقيادة السيارة، أو ما إلى ذلك.

وهناك في الواقع عاملان ينبئان بالكيفية التي يمكن بها للوالدين أن يسايرا تلك الضغوط يتمثلان فيما يلي:

1- البنية السيكولوجية المميزة لهما وسعادتهما الزوجية .

2- كيف ودرجة المساندة غير الرسمية التي يتلقونها من الآخرين

وعلى الرغم من وجود بعض الاستثناءات في هذا المضمار فإنه من العدل أن نقرر أن الآباء الذين حققوا درجة كبيرة من التوافق ومن السعادة الزوجية قبل ميلاد ذلك الطفل تكون لديهم في واقع الأمر فرصة أفضل لمسايرة الموقف قياساً بغيرهم من الآباء الذين يواجهون بالفعل بعض المشكلات النفسية والزواجية المختلفة. وفي هذا الإطار يشير كل من دازارو D`Asaro (1998) وجافيديا- بايني وستونمان Gavidia-Payne &Stoneman (1997) ودويس وآخرين Duis et.al. (1997) إلى أن تلك المساندة الاجتماعية التي يتلقاها كلا الوالدين من بعضهما البعض، وزيادة عدد أعضاء الأسرة، والأصدقاء، والآخرين الذين يمكن لهما التعامل والتفاعل معهم يمكن أن تكون هامة وحاسمة في مساعدة الوالدين على مسايرة تلك الضغوط التي تتعلق بتربية طفلهما المعوق. ويمكن أن تتنوع مثل هذه المساندة التي يحصل الوالدان عليها وتتعدد إذ يمكن لها أن تكون مادية كتقديم الرعاية اللازمة للطفل، أو قد تكون على الجانب الآخر سيكلوجية حيث أن وجود شخص معين يمكن لهما أن يتحدثا إليه حول تلك المشكلات التي يتعرض الطفل لها يمكن أن يكون مفيداً لهما بدرجة كبيرة.

تغير الآراء حول توافق الوالدين

افترض معظم المختصين من قبل أن والدي الأطفال ذوي الإعاقات قد قدر عليهم أن يحيوا حياة تعج بالضغوط والبؤس أو الشقاء. إلا أنهم قد اكتشفوا مؤخراً أن معظم هؤلاء الآباء ينتهي بهم الأمر إلى تحقيق قدر معقول جداً من التوافق. وقد ترجع مثل هذه النظرة الإيجابية كما يرى سيلتزر وآخرون Seltzer et.al. (2001) إلى تلك التطورات التي شهدتها البرامج التربوية والاجتماعية التي يتم تقديمها لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات والتي شهدت تغيراً كبيراً

خلال العشرين أو الثلاثين سنة الماضية. هذا وقد يخبر بعض الآباء خلال السنوات الأولى لتربية طفل معوق درجة عالية من الفوضى والضغوط، ولكن معظمهم قد يتعلم مع مرور الوقت كيفية مسايرة مثل هذه الظروف.

وعلى الرغم من ذلك يشير سكورجي وسوبسي (2000) Scorgie& Sobsey وسكينر وآخرون (1999).Skinner et.al إلى أن بعض الآباء يرون أن إضافة طفل معوق إلى الأسرة قد تكون له بعض النتائج الإيجابية غير المتوقعة . ويمر مثل هؤلاء الآباء في الواقع ببعض الخبرات التحولية أو التي تؤدي إلى حدوث العديد من التغيرات في حياتهم. وتتضمن مثل هذه التغيرات ما يلي:

1- أن يصير الآباء أكثر تقبلاً لتلك الفروق التي توجد بين هؤلاء الأطفال المعوقين وغيرهم من الأطفال العاديين .

2- أن يصبحوا أكثر اهتماماً بالأمور الاجتماعية.

3- أن يصيروا آباء يتسمون بالأفضلية التي يكون من شأنها أن تميزهم بشكل واضح عن غيرهم من الآباء الآخرين .

4- أن تصبح الأسرة أكثر تماسكاً.

5- أن تصبح نظرتهم للحياة أكثر فلسفة أو أكثر روحانية .

هذا وترى إليزابيث جيرلاك (1999) Elizabeth Gerlach أن النظرة الفلسفية التي تتعلق بانشغال أعضاء المجتمع بالحالة العادية أو السوية قد تحققت بالنسبة لها هي على أثر وجود طفل معوق لها حيث كان طفلها يعاني من اضطراب التوحد، فوجدت أن الآلام التي كانت الأسرة تعاني منها قد خفت حدتها كثيراً على أثر فهمهم لطبيعة الاضطراب وتقبلهم للطفل مما زاد من ترابطهم الأسري وحبهم لبعضهم البعض وهو الأمر الذي أضاف إلى توافقهم الاجتماعي وسعادتهم الأسرية.

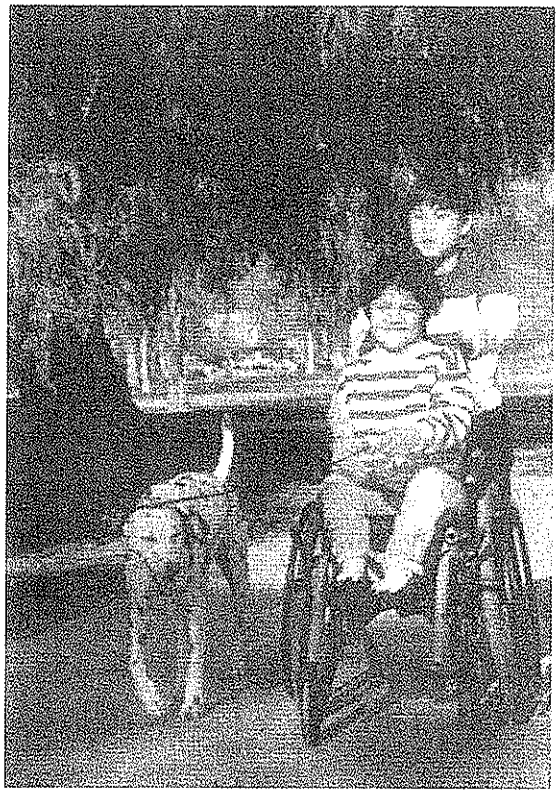
ومما لا شك فيه أن مثل هذا الأمر لا يخفف من حقيقة أن تلك الضغوط الإضافية التي غالباً ما يسببها وجود طفل معوق في الأسرة يمكن أن يكون لها تأثير مدمر للاستقرار الأسري الذي يكون أعضاء الأسرة قد خبروه وألفوه قبل أن يولد لهم هذا الطفل. ولكن تبقى هناك مع ذلك حقيقة هامة مؤداها أنه من الخطورة أن نفترض أن ولادة طفل معوق بالأسرة يمكن أن يهدم الرفاهية السيكلوجية التي يخبرها الوالدان أو استقرارهما الزواجي والأسري.

يرى بعض الآباء أن إضافة طفل معوق للأسرة قد تكون له نتائج إيجابية غير متوقعة

ثانياً: ردود فعل الأخوة للطفل المعوق

على الرغم من وجود كم كبير من الدراسات التي يتضمنها التراث السيكلوجي تتناول ردود أفعال الوالدين للطفل المعوق فإن هناك كماً أقل من الدراسات هي التي تناولت ردود فعل الأخوة تجاه الطفل المعوق. وتؤكد نتائج هذه الدراسات أن هؤلاء الأخوة غالباً ما يخبرون نفس الانفعالات التي يخبرها الوالدان كالخوف، والغضب، والشعور بالذنب، وما إلى ذلك. وقد يمر الأخوة بطريقة أو بأخرى بأوقات عصيبة أكثر مما يمر به الوالدان عند مسايرتهم لبعض هذه المشاعر وخاصة إذا ما كان هؤلاء الأخوة أصغر سناً حيث أنهم يكونوا آنذاك أقل نضجاً وهو ما يعرضهم للكثير من المشكلات إذا ما أرادوا أن يضعوا تلك الإحساسات السلبية في وضعها الصحيح، وسوف يجدون حرجاً كبيراً، ويشعرون بقدر كبير من عدم الراحة إذا ما قاموا بتوجيه بعض الأسئلة التي تواجههم في هذا الإطار لوالديهم وهي الأسئلة التي تسبب لهم كماً لا بأس به من القلق والإزعاج .

وعلى الرغم من أن بعض المشاعر التي تتعلق بتلك الإعاقة التي يعاني منها أخوتهم قد لا تبدو لهم لسنوات عديدة فهناك تأكيد على أن الأخوة العاديين يدركون منذ وقت مبكر في حياتهم أن أخوتهم أو أخواتهم يختلفون عنهم بطريقة ما. إلا أن الأطفال الأصغر سناً قد



يدرك أخوة الأطفال المعوقين في سن مبكر جداً من حياتهم أنهم يختلفون بشكل معين عن أخوتهم أو أخواتهم

يكون إدراكهم لمثل هذا الاختلاف غامضاً، وتظل لديهم مفاهيم خاطئة عن طبيعة تلك الحالة التي تبدو على أخوتهم المعوقين وخاصة فيما يتعلق بالأسباب التي أدت إليها. ومع نمو الأخوة العاديين أي غير المعوقين فإن اهتماماتهم غالباً ما تصير أكثر تركيزاً على تلك الكيفية التي يراهم المجتمع بها هم وأخوتهم المعوقين. وعلى هذا الأساس تصبح مرحلة المراهقة بالنسبة لهم فترة حرجة وصعبة للغاية حيث أن المراهقين الذين يخشون أن يرفضهم الأقران غالباً ما نجدهم لا يريدون أن يبدون مختلفين عن الأقران، وأن وجود أخ معوق لهم يمكن أن يؤدي إلى عزلتهم عن الآخرين.

توافق الأخوة

يعتبر الأخوة كالوالدين في إمكانية تحقيق التوافق الجيدأو سوء التوافق لوجود أعضاء معوقين بالأسرة. وكما تؤكد نتائج تلك البحوث التي أجريت في هذا الصدد فإن بعض هؤلاء الأخوة قد يجدون مشكلة في تحقيق التوافق بينما قد لا يجد بعضهم الآخر أي مشكلة في ذلك في حين قد يستفيد البعض الآخر من هؤلاء الأخوة من مثل هذه التجربة أو الخبرة التي يمرون بها. ويعتبر هؤلاء الأخوة كآبائهم تماماً قياساً بأخوة الأطفال غير المعوقين معرضين لقدر أكبر من المخاطر التي يمكن أن تعرضهم لصعوبات في تحقيق التوافق. وفضلاً عن ذلك فإن هناك حقيقة هامة تظل غير مفهومة بشكل كامل هي تلك التي تتعلق بذلك السبب الذي يستجيب بموجبه بعض الأفراد سلباً بينما لا يستجيب بعضهم الآخر كذلك. كما أن هناك أدلة أخرى على أن الترتيب الميلادي، والجنس، والفروق العمرية بين الأخوة لها تأثيرها على التوافق. كذلك فإنه من المحتمل بالنسبة للأخ غير المعوق الذي يكبر أخاه المعوق كما يشير أورسموند وسيلتزر(2000) Orsmond & Seltzer أن يكون اتجاهه نحو أخيه سلبياً عند وصوله إلى

مرحلة المراهقة نظراً لأنه غالباً ما يكون عليه أن يتحمل مسئوليات عديدة تتعلق برعاية أخيه المعوق. كما أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأخوة من نفس الجنس البيولوجي والأخوة القريبين من بعضهم في العمر الزمني أن يخبروا العديد من الصراعات. ومع ذلك فعندما يصل هؤلاء الأخوة إلى مرحلة الرشد تبدي الإناث تعلقاً بأخوتهن المعوقين يفوق ما يبديه الذكور، كما يخبر الراشدون من نفس جنس أخوتهم المعوقين استجابات انفعالية أكثر إيجابية قياساً بأخوتهم الراشدين من الجنس الآخر .

ويعتبر الحصول على المعلومات كما يشير باويل وجالافر (1993) Powell &Gallagher من الأساليب الأساسية لتحقيق التوافق بالنسبة لأخوة الأطفال المعوقين حيث تكون لدى هؤلاء الأخوة العديد من التساؤلات التي تتعلق بتلك الإعاقات التي يعاني منها أخوتهم، وتعمل الإجابات الصريحة والمباشرة على مثل هذه الأسئلة على مساعدتهم كي يتمكنوا من مسايرة مخاوفهم. ويمكن للأخوة فضلاً عن الوالدين أن يقدموا لهم الإجابة المناسبة لمثل هذه التساؤلات حيث يمكن للمعلمين على سبيل المثال أن يتحدثوا مع هؤلاء الطلاب حول تلك المواد التي يتم تقديمها لهؤلاء الأخوة المعوقين ومحتوى البرامج التي يتم تقديمها لهم كذلك. ومن ناحية أخرى هناك مصدر ممتاز لتقديم المعلومات اللازمة للأخوة وما يتطلبونه من مساندة كما يرى ماير وفاداسي(1994) Meyer&Vadasy هي ما تعرف بورش عمل أخوة الأطفال المعوقين sibshopsوهي تلك الورش التي يتم تخصيصها لمساعدة أخوة الأطفال ذوي الإعاقات كي يتمكنوا من الاستجابة لتلك التساؤلات التي تتعلق بالإعاقة التي لحقت بأخوتهم، كما تمكنهم أيضاً من التوافق مع وجود أخ معوق أو أخت معوقة لهم .

اشتراك الأسرة في علاج وتعليم أطفالهم المعوقين

كما لاحظنا من قبل يعتبر من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمختصين في الوقت الراهن كما يشير كروز وآخرون (2001) .Kraus et.al أن يدركوا ذلك التأثير الإيجابي للوالدين على نمو أطفالهم غير العاديين. وقد انعكس هذا الاتجاه الأكثر إيجابية نحو الوالدين على تلك الكيفية التي يشارك بها الوالدان في الوقت الراهن في علاج وتربية أطفالهما. هذا وقد تم من قبل إعداد معظم برامج التدخل المبكر التي يتم تقديمها للأسر التي لديها أطفال معوقين وفق تلك الفلسفة التي ترى أن المختصين لديهم الخبرة اللازمة في هذا الصدد، وأن هذه الأسر تعد في حاجة إلى مثل هذه الخبرة حتى تتمكن من أداء وظيفتها. أما في الوقت الراهن فإن معظم المختصين يؤيدون ما يعرف بالنموذج المتمركز حول الأسرة family-centered modelوالذي يعد بمثابة مشاركة ودية بين المعلمين والأسر تتضمن تقديم المساندة التربوية والانفعالية اللازمة، والتأكد من توفير الفرص اللازمة أمام الأسرة حتى تقوم باتخاذ القرارات المطلوبة، وتقديم المساندة اللازمة لمساعدة الأسرة على تحقيق أهدافها.

جدول (4- 2) أمثلة من اهتمامات الأخوة

النمط	الامثلة
الاهتمام بالأخ المعوق	■ ما الذي أدى إلى حدوث تلك الإعاقة لأخي؟ ■ لماذا يتصرف أخي بهذا الشكل الغريب؟ ■ هل سيتمكن أخي من الاستقلال في حياته؟
الاهتمام بالوالدين	■ لماذا يترك والداي أخي يتصرف كذلك دون أن يتعرض لأي عقوبة؟ ■ لماذا يعطيان كل وقتهما لأخي؟ ■ لماذا يطلبون مني دائماً أن أقدم الخدمات المختلفة لأخي وأن أعتني به؟
الاهتمام بأنفسهم	■ لماذا تختلط مشاعري تجاه أخي؟ ■ هل سأصاب بنفس الإعاقة التي يعاني أخي منها؟ ■ هل ستكون علاقتنا ببعضنا كأخوة عادية أم أنها ستكون غير ذلك؟
الاهتمام بالأصدقاء	■ كيف يمكنني أن أخبر أفضل أصدقائي عن أخي وظروفه الخاصة؟ ■ هل سوف يقوم أصدقائي هؤلاء بالتحدث إلى جميع التلاميذ بالمدرسة عن ظروف أخي؟ ■ ماذا يجب عليّ أن أفعل عندما يقوم الأطفال الآخرون بالسخرية من الأشخاص ذوي الإعاقات ؟
الاهتمام بالمدرسة والمجتمع المحلي	■ ماذا يحدث في فصول التربية الخاصة ؟ ■ هل سوف تتم مقارنتي بأخي هذا ؟ ■ ماذا يمكنني أن أقول للغرباء فيما يتعلق بأخي ؟
الاهتمامات المتعلقة بمرحلة الرشد	■ هل سوف أكون أنا مسئولاً عن أخي عندما يتوفى والداي ؟ ■ هل أحتاج إلى إرشاد جيني ؟ ■ هل ينبغي أن أنضم إلى جمعية لآباء الأطفال المعوقين أو جمعية لأخوتهم ؟

وهناك طريقة أخرى لوصف النموذج أو المدخل المتمركز حول الأسرة تتمثل في تحديده على أنه ذلك النموذج الذي يقوم المختصون خلاله بالعمل من أجل مصلحة الأسرة. ويعكس استخدام النماذج المتمركزة حول الأسرة ذلك التغير في رؤية الآباء على أنهم متلقين سلبيين للنصيحة المهنية إلى رؤيتهم على أنهم شركاء متساوين في تصميم وتطوير البرامج التربوية والعلاجية الخاصة بالأطفال المعوقين. هذا وتكمن الفكرة الأساسية في هذا الصدد في أنه عندما لا يقوم المختصون بتوفير الخدمات المباشرة للأسرة، ولكنهم يساعدونها على أن يقوم

أعضاؤها بخدمة أنفسهم إلى جانب الأطفال المعوقين الموجودين بها فإن سيطرة الأسرة على حياتهم تزداد، كما أنها تتجنب ذلك الاعتماد الذي أحياناً ما يصاحب تلك العلاقات التي تحدث بين الأسرة والمختصين في هذا المضمار. كذلك فإن تلك المواقف التي تلجأ الأسرة فيها إل المختصين لتقديم المساعدة اللازمة لها يمكن أن تؤدي إلى أن يصبح أعضاء تلك الأسرة معتمدين على أولئك المختصين إلى جانب أنهم يفقدون مشاعر الكفاءة وتقدير الذات. وفي هذا الإطار يعرض الجدول (4- 3) للعديد من النصائح التي يتم تقديمها لأولئك المعلمين الذين يعملون وفقاً للنموذج المتمركز حول الأسرة .

جدول (4- 3) مقترحات للمعلمين لزيادة انغماس الأسرة في الأنشطة الصيفية والمدرسية

1- ينبغي أن يضع المعلم في اعتباره التراكيب الأسرية المختلفة والترتيبات المعيشية التي تختلف كثيراً عن خبراته الشخصية.

2- أن يركز على ضرورة قيام التلاميذ وأعضاء الأسرة بفهم ما يخبرونه وما يقومون به وفقاً لحاجاتهم الأسرية وليس وفقاً للحاجات الشخصية.

3- أن يقوم بتقييم وتقدير الأسر فرادى، والثقافات، ومدى تفرد كل منهما وذلك بدلاً من محاولة تصنيفهما .

4- يجب أن يعتبر المعلم أن كل الأطفال لم يعانوا من إساءة المعاملة أو حالات الطلاق وذلك بنفس الدرجة.

5- أن يحدد جزءاً من الوقت كل صباح كي يتحدث مع التلاميذ وأن يتواصل مع أعضاء الأسرة بصورة منتظمة .

6- أن يسمح بوجود خيارات متعددة عند التواصل مع الأسر المختلفة حيث يمكن أن يكون هناك مجموعة من أساليب الاتصال بهم كأن يتصل بهم تليفونياً، أو يتحدث إليهم وجهاً لوجه، أو يرسل إليهم رسالة مكتوبة، أو يقوم بزيارتهم في المنزل. كما يجب عليه أن يحدد أولئك الأعضاء الذين يشعر أعضاء الأسرة معهم بالراحة كالمعلم، أو المرشد، أو المدير، أو غيرهم من الأشخاص .

7- أن يبدي اهتماماً واضحاً بما يحدث في المنزل، وأن يكون على اتصال مستمر بالوالدين.

8- أن يكون على دراية بالترتيبات المنزلية عند تحديد واجبات منزلية للطفل حيث ينبغي عليه أن يتأكد مثلاً من وجود الوالدين أو أحدهما بالمنزل كي يساعد الطفل في أداء الواجب أو يشرف على أدائه لذلك الواجب.

9- أن يعقد مؤتمراً خاصاً بالحالة وأن يحدد أوقاتاً تعد بمثابة بدائل لعقده حتى لا يتعارض مع قيام الفريق المشارك بأداء أعماله، وأن يتجنب خلاله القيام بأي شيء غير مناقشة أحوال الطفل، وكيفية مساعدته على التطور.

10- أن يعقد مؤتمرات مشابهة بصفة دورية، وأن يتأكد من أن كلاً منها يمثل فائدة للطفل، أو يعود عليه بالفائدة .

11- أن يدعو الوالدين للحضور مع طفلهما بالفصل كلما كان ذلك ممكناً، وأن يفترض أن الوالدين لا يقومان بتعليمه مثل هذه الدروس أو المهام بالمنزل، وأن يستغل الدروس المقدمة للطفل لفهم وإدراك العادات والتقاليد الخاصة بالأسرة وما يسودها من طقوس مختلفة.

12- أن يعمل على تقدير تنوع التلاميذ وتراكيبهم الأسرية، وأن يحدد تلك البرامج التي يكون من شأنها أن تفيد جميع التلاميذ بغض النظر عن مثل هذه الخصائص.

13- أن يتعرف على تلك الخصائص المميزة لأسر التلاميذ المعوقين والترتيبات المعيشية الخاصة بكل منها.

ومما لا شك فيه أن إقامة العلاقات المطلوبة بين كل من الوالدين والمختصين تتسق مع التفكير في نظريات نمو الطفل والمهتمين بها الذين يؤكدون على أهمية ذلك السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه نمو الطفل. ووفقاً لمثل هذا الإطار يرى يوريا برونفينبرينر Urie Bronfenbrenner (1979، 1995) أننا لا يمكن أن نفهم سلوك الفرد دون أن يكون بوسعنا أن ندرك ونفهم ذلك التأثير الذي تخلفه الأسرة على مثل هذا السلوك. وفضلاً عن ذلك فإننا لا يمكن أن نفهم سلوك الأسرة دون إدراك ذلك الأثر الذي تخلفه الأنساق الاجتماعية الأخرى كالأسرة الممتدة، والأصدقاء، والمختصين وذلك على السلوك الأسري عامة. وبالتالي فإن العلاقة بين الأسرة والنسق الاجتماعي المحيط تعد ذات أهمية بالغة بالنسبة لتلك الكيفية التي تقوم الأسرة بموجبها بالأداءات الوظيفية المختلفة. ومن ثم فإن شبكة المختصين وخصوصاً شبكة الأصدقاء التي تقدم المساندة اللازمة للأسرة من شأنها بطبيعة الحال أن تكون مفيدة للغاية بالنسبة لتلك الأسرة التي يكون لديها طفل معوق حيث تساعدها كثيراً في العديد من الأمور المختلفة ذات الصلة بمثل هذا الطفل، ويأتي في مقدمة تلك الأمور مساعدة الأسرة في التعامل معه، وتقديم البرامج التربوية

تهتم الأسرة بالتعامل مع الطفل المعوق وتقديم البرامج التربوية والعلاجية اللازمة له

والعلاجية اللازمة له وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يعزز ذلك الدور الذي يمكن للأسرة أن تقوم به في هذا الصدد.

نظرية الأنساق الأسرية Family Systems Theory

يعتبر التركيز على فهم سلوك الفرد في إطار السياق الأسري، وفهم السلوك الأسري في إطار السياق المتضمن للأنساق الاجتماعية الأخرى كما يرى لامبيا (2000) Lambie بمثابة المبادئ الأساسية التي تحكم نظرية الأنساق الأسرية. وهناك العديد من النظريات التي تفسر السياق الأسري تفترض جميعها أنه كلما زاد عدد البرامج التربوية والعلاجية التي تضع في الاعتبار تلك العلاقات والتفاعلات التي تحدث بين أعضاء الأسرة ازداد احتمال نجاحها في تحقيق الأهداف المحددة لها. ومن النماذج التي تم إعدادها خصيصاً للأفراد ذوي الإعاقات العقلية ذلك النموذج الذي أعده تورنبول وتورنبول (1997) Turnbull & Turnbullوهو ذلك النموذج الذي يتضمن أربعة عناصر متداخلة هي:

1- الخصائص الأسرية .

2- التفاعلات الأسرية .

3- الوظائف الأسرية .

4- دورة الحياة الأسرية family-life cycle

ويمكن أن نوضح تلك العناصر الأربعة التي تتناول ما يتعلق بالأسرة من خصائص، وتفاعلات، ووظائف، ودورة حياة على النحو التالي:

1- الخصائص الأسرية: Family characteristics

تعمل الخصائص المميزة للأسرة على توفير ذلك الوصف اللازم للمعلومات الأساسية التي تتعلق بالأسرة، ويتضمن ذلك ما يلي:

أ - تلك الخصائص المميزة لجانب الشذوذ أو الإعاقة لدى الطفل كنمطها، ومدى شدتها .

ب- الخصائص المميزة للأسرة مثل حجم الأسرة، وخلفيتها الثقافية، ووضعها الاقتصادي الاجتماعي، وموطنها الجغرافي .

جـ- الخصائص الشخصية لكل عضو من أعضاء الأسرة مثل حالته الصحية، وأساليب المواجهة المميزة له .

د - الظروف الخاصة السائدة في الأسرة مثل إساءة المعاملة، والحرمان من الأم، والفقر.

ومما لا شك فيه أن الصائص الأسرية المختلفة تساعد في تحديد تلك الكيفية التي يتفاعل بها أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض ومع غيرهم من خارج نطاق الأسرة. وتختلف مثل هذه الكيفية باختلاف إعاقة الطفل، ووفقاً لما إذا كان ذلك الطفل هو الطفل الوحيد في الأسرة أم أن له أخوة آخرين غيره، ووفقاً للحالة الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية للأسرة، وغير ذلك من المتغيرات الأخرى ذات الأهمية في هذا الصدد .

وهناك العديد من الاتجاهات الحديثة في المجتمع الأمريكي التي جعلت من الأكثر أهمية بالنسبة للمعلمين وغيرهم من المختصين الذين يعملون مع هذه الأسر أن يتعرفوا على الخصائص الأسرية المميزة لكل أسرة يتعاملون معها حتى يتم تيسير اشتراك تلك الأسر رغم تعدد خلفياتها الثقافية واللغوية في تعليم أطفالهم المعوقين. وفضلاً عن ذلك التعدد الكبير الذي يتعلق بالأصول العرقية توجد هناك زيادة في أعداد تلك الأسر التي يقوم كلا الوالدين فيها بالعمل خارج المنزل، أو الأسر ذات الوالد الواحد، أو الأسر الفقيرة .

وغني عن البيان أن العديد من هذه الأسر تحيا الآن في ظل كم كبير من الضغوط التي تعاني منها إلى جانب تلك التهديدات التي يحملها الإرهاب لهم والتي تلت انفجار وتدمير مركز التجارة العالمي في 11سبتمبر 2001 فأضحى الأطفال في حاجة ماسة إلى مزيد من الاهتمام، وأصبح الوالدان مهما يسعيان في سبيل كسب العيش لا يجدان أمامهما سوى قدر ضئيل من المصادر اللازمة لتحقيق الراحة والرفاهية للأطفال وهو الأمر الذي أضاف الكثير إلى تلك التحديات التي يواجهها المعلمون في هذا المضمار، ولذلك ينبغي أن يقوم المعلم بتحديد النموذج المناسب للطفل أو الاستراتيجية التي تعد هي الأكثر فائدة له وذلك في ضوء الظروف والخصائص الأسرية المميزة له ولأسرته مع عدم إغفال ما تواجهه الأسرة من ضغوط، وعدم قدرة الوالدين على تحديد الوقت والجهد اللازمين للعمل في سبيل تحقيق مصلحة طفلهما .

2- التفاعلات الأسرية Family interaction

توجد العديد من الأساليب السوية والخاطئة للتعامل بين أعضاء الأسرة. ويرى البعض كما يشير ماهوني وآخرون (Mahoney et.al.(1998 أن درجة استجابة الوالدين للطفل تعتبر بمثابة الأساس أو العامل الأساسي في النمو الصحي للطفل حيث أنه كلما ازدادت الاستجابات الصحيحة من جانب الوالدين للغة الجسم التي تصدر عن الطفل، وإيماءاته، وتعبيراته الوجهية، وما إلى ذلك يحدث تقدماً ملحوظاً في نمو الطفل. ووفقاً لنموذج تورنبول وتورنبول Turnbull &Turnbull فإن التماسك والقدرة على التكيف يعدان أكثر المحددات

الدالة على تفاعل أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض حيث تصبح الأسرة أكثر سواء مع زيادة درجة التماسك بين أعضائها وزيادة قدرتهم على التكيف .

أ- التماسك: Cohesion

يشير التماسك إلى درجة حرية كل عضو من أعضاء الأسرة على تحقيق الاستقلال عن الأعضاء الآخرين في الأسرة حيث يسمح الكم المناسب من التماسك الأسري للفرد بأن يتصرف على حريته عندما يكون في المنزل إذ أنه يدرك جيداً آنذاك أنه سوف يحصل على المساندة اللازمة من الأعضاء الآخرين بالأسرة عندما يحتاج إليها. ومن ناحية أخرى فإن الأسرة الأقل تماسكاً لا تقدم للطفل المعوق المساندة اللازمة في حين تقدم الأسر المفرطة في التماسك كماً أكبر من الحماية الزائدة له. وغالباً ما يكون من الصعب جداً بالنسبة للأسر العادية أن تصل إلى التوازن الصحيح الخاص بالتماسك فقد يتحمسون جداً في بعض الأحيان لتقديم المساعدة للأطفال مما يحد بذلك من درجة استقلاليتهم. وقد تمثل مرحلة المراهقة وقتاً صعباً في ضوء ذلك حيث يناضل المراهق في سبيل التخلص من بعض القيود التي تربطه بالأسرة ولا تسمح له بالابتعاد عنها، وتحقيق الاستقلال الذي يعد سلوكاً عادياً. ويصبح الموقف صعباً بالنسبة لتلك الأسر التي تضم أطفالاً معوقين حيث يظل الطفل بسبب إعاقته في حاجة ماسة إلى الحماية الزائدة من والديه. وفي الواقع تؤكد نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد كما يشير روك وآخرون (Roach et.al.(1998 أنه كلما كان الوالدان أكثر تقديماً للمساندة لطفلهما في السنوات الأولى من حياته كان ذلك أفضل بالنسبة له. ووفقاً لتلك الدراسات فقد كانت أمهات الأطفال الرضع الذين يعانون من متلازمة أعراض داون تنغمسن في سلوكيات المساعدة أثناء اللعب مع أطفالهن مما ساعد هؤلاء الأطفال على أن يخبروا النجاح في اللعب والتلفظ أو النطق ببعض الحروف والكلمات.

ومع نمو الطفل تزداد أهمية الاستقلال بالنسبة له. ومن الأساليب التي يمكننا أن نقوم بموجبها بمساعدة الأطفال على أن يشعروا أنهم أكثر ارتباطاً بالأسرة دون أن يقلل ذلك من حريتهم أو يقوضها ما يتمثل في إعطائهم مسئوليات ترتبط بالأسرة مثل الأعمال النظامية اليومية الروتينية الخفيفة. ولكي يتمكن بعض الأطفال المعوقين جسمياً من أداء تلك المهام بنجاح فإنهم يحتاجون إلى القيام ببعض المواءمات في سبيل ذلك. ومن جانب آخر يعتبر التماسك كما يرى سميث وستريك (Smith & Strick (2000 من الأمور الهامة بالنسبة للراشدين المعوقين فإذا كانت الآراء الحديثة تنادي بضرورة أن يعيش الأفراد ذوو صعوبات التعلم في إطار مجتمعهم المحلي فإن غالبية هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى المساندة من أسرهم كي يتمكنوا من تحقيق ذلك بقدر معقول من النجاح. ويؤكد البعض فيما يتعلق بذلك أن والدي

غالباً ما يواجه المراهقون المتخلفون عقلياً مشكلة كبيرة في المنزل تتمثل فيما تتيحه الأسرة لهم من استقلال ومساندة

الراشدين ذوي صعوبات التعلم أو أولئك الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط غالباً ما يواجهون صعوبات في تحديد ما إذا كان أبناؤهم يمكنهم أن يحيوا بشكل مستقل أم أن الأمر لا يصل إلى هذا الحد. ولكي يحدث ذلك فإنهم يحتاجون إلى عدد من المهارات الحياتية اليومية كالتصرف في الجوانب المالية الشخصية، والعمل وفقاً لجدول زمني معين، وإعداد الوجبات الغذائية وهو الأمر الذي قد لا يتحقق بسهولة بالنسبة للراشدين غير المعوقين. أما بالنسبة للأفراد المتخلفين عقلياً وخصوصاً من يعيشون منهم في منازلهم فيرى ليمان وبيكر (Lehman &(1995 Baker أنهم غالباً ما يواجهون مشكلات عديدة تتعلق بدرجة الاستقلالية التي تتيحها لهم الأسرة. وعندما يعيش هؤلاء الأفراد بعيداً عن أسرهم فإن آباءهم غالباً ما يهتمون بتوفير القدر اللازم من المسانة لهم حتى لا يصبحون منعزلين اجتماعياً. ويحرص الوالدان على توفير هذا القدر من المساندة حال وجودهما بالقرب من ابنهما، كما يحرصان على وجود بديل لهما يقدم له تلك المساندة إذا كانا سيغيبان عنه لبعض الوقت.

ب- القدرة على التكيف: Adaptability

وتشير إلى تلك الدرجة التي يمكن بها للأسر المختلفة أن تغير من أنماطها وأساليبها في التفاعل عندما تواجه مواقف غير عادية أو ضاغطة. وتعتبر بعض الأسر مشوشة لدرجة تجعل من الصعب أن يتم التنبؤ بما يمكن أن يفعله أي عضو من أعضائها في موقف معين. وقد يتم إغفال أو تجاهل حاجات ذلك العضو المعوق بالأسرة في مثل هذه البيئة غير الثابتة. وتوجد على الطرف الآخر من المتصل أسر تتسم بالصرامة المفرطة. وإذا كان لكل عضو من أعضاء الأسرة دور محدد فيها فإن مثل هذه الصرامة تجعل من الصعب على الأسرة أن تتوافق

لإضافة أو لوجود عضو معوق بها حيث تتطلب إضافة أي عضو بالأسرة توافقاً من جانب الأسرة تزداد أهميته إذا كان مثل هذا الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة. فقد تتطلب رعاية هذا الطفل على سبيل المثال قيام الأم بنقله من جلسة علاج إلى جلسة أخرى وهو الأمر الذي يتطلب أن يشارك الأب بشكل كبير في الأعمال المنزلية اليومية الروتينية، وأن يعتني بالأطفال الآخرين الذين تضمهم الأسرة، أي أن الأب يشرع بذلك في تلك الحالة في القيام بمهام وأعمال منزلية مختلفة لم يكن يقوم بها من قبل.

3- الوظائف الأسرية: Family Functions

تعد الوظائف الأسرية بمثابة تلك الأعمال الروتينية العديدة التي تشارك الأسرة فيها أو تقوم بها حتى تتمكن من تلبية الاحتياجات المتعددة لأعضائها. وهناك العديد من الأمثلة لتلك الوظائف التي ينبغي أن تقوم الأسرة بها من أهمها تلبية الحاجات الاقتصادية لأعضائها، وتوفير الرعاية اليومية لهم، وإشباع حاجاتهم الاجتماعية والصحية والتربوية. ومن الأمور الهامة التي يجب أن يضعها المعلمون في اعتبارهم أن التعليم هو مجرد وظيفة واحدة فقط من وظائف عديدة تقوم الأسرة بها، أما بالنسبة لبعض التلاميذ ذوي الإعاقات المتعددة فإن العديد من المختصين قد يتنافسون لبعض الوقت للقيام ببعض الأدوار الأسرية. ومن الطبيعي أن يعمل المعلمون على إشراك الوالدين في إعداد البرامج التربوية لأطفالهم بقدر الإمكان حيث يعلم أولئك المعلمون جيداً أن الفوائد الإيجابية لذلك يمكن أن تحدث إذا ما قام الوالدان بدور أساسي في البرنامج العلاجي على أن يقوم المعلمون في ذات الوقت باحترام وتقدير ما يقوم به الوالدان من أدوار، وأن التعليم هو وظيفة واحدة من تلك الوظائف المتعددة التي يقوم الوالدان بها كما أشرنا من قبل .

ويرى معظم المختصين أن العديد من أسر التلاميذ المعوقين يفضلون السلبية بدلاً من الإيجابية في تعليم أطفالهم بمعنى أنهم لا يقومون كما يرى تورنبول وتورنبول (2000) Turnbull & Turnbullبأي دور إيجابي في هذا المضمار، ولا يشاركون في تعليم أطفالهم هؤلاء. وغالباً ما توجد لدى الوالدين أسبابهما التي تؤدي بهما إلى مثل هذا الدور السلبي حيث يمكن أن يكون من الأمور العادية في ثقافتهما على سبيل المثال ألا يتدخل الوالدان في تلك الأدوار التي يقوم بها المعلم وذلك فيما يتعلق بالأمور التربوية. وفضلاً عن ذلك فقد يكون الوالدان مشغولين لدرجة لا تجعل بمقدورهما القيام بمثل هذه الأدوار مما يجبرهما على ترك تلك القرارات التي تتعلق بأطفالهما إلى المعلمين. ومن ناحية أخرى فإن احترام رغبة الوالدين في القيام بدور سلبي نسبياً في تعليم الطفل لا يعني مطلقاً أنه ينبغي أن يقوم المعلمون بتثبيط أو الحد من مشاركة الوالدين في القيام بتلك الأمور التي تتعلق بطفلهما والتي يودان القيام بها.

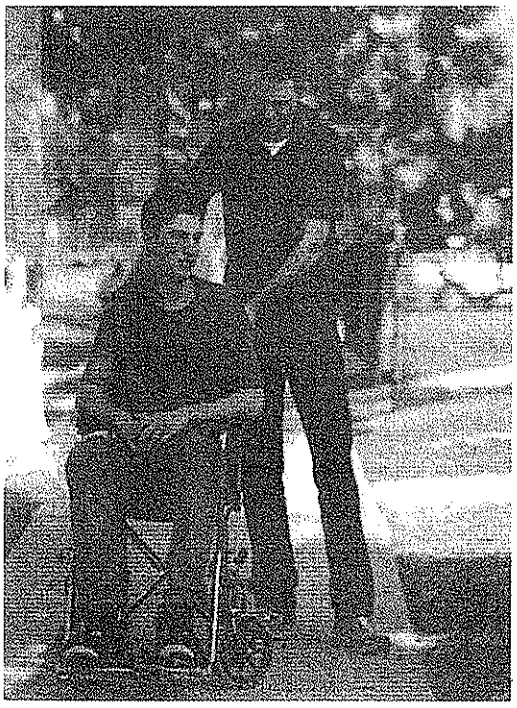
4- دورة الحياة الأسرية: Family-Life Cycle

لاحظ العديد من أصحاب تلك النظريات التي تتناول الأسرة كما يشير أوشيا وآخرون(2001) O`Shea et.al. وبيري وهاردمان (1998) Berry & Hardman أن ذلك الأثر الذي يتركه الطفل المعوق على الأسرة يتغير مع مرور الوقت. ولهذا السبب فقد أشار البعض إلى تلك القيمة التي تعود إلى تلك الأسر التي يوجد بها أطفال معوقون وذلك من المنظور الخاص بدورة الحياة حيث يرى معظم أصحاب هذه النظريات أن هناك أربع مراحل أساسية في حياة تلك الأسر تتمثل فيما يلي:

أ - الطفولة المبكرة . ب- الطفولة.

جـ- المراهقة. د - الرشد.

ويمثل الانتقال بين هذه المراحل أموراً ضاغطة تتعرض تلك الأسر لها وخصوصاً أسر الأطفال المعوقين. هذا وقد أشرنا من قبل إلى مثل هذه الصعوبات التي تواجهها تلك الأسر في الفترات الانتقالية وخاصة عندما يصل الطفل إلى مرحلة الرشد ويحاول أن يستقل في العمل وفي الحياة. ومن أهم المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعوقين ما يتعلق بالكفاءة العقلية لابنهم، والوصاية عليه guardianship.ومن ثم يناضل هؤلاء الآباء في سبيل تعيين كم تحديد الذات اللازم لأطفالهم في ضوء العديد من الأسباب المختلفة. فالآباء الذين يقررون أن أطفالهم لا تتوفر لهم الكفاءة التي تمكنهم من إبداء اختيارات منطقية دون أن يعرضوا أنفسهم للخطر يمكنهم أن يسيروا في القنوات القانونية حتى يحصلوا على الوصاية عليهم. وتعني الوصاية أن شخصاً معيناً من ذوي السلطة بالنسبة للطفل يتم تعيينه من قبل المحكمة كي يقوم باتخاذ القرارات المختلفة نيابة عن شخص آخر لا يتمكن من ذلك. ويمكن أن تتراوح درجة الوصاية بين



يتغير تأثير الفرد المعوق على الأسرة بمرور الوقت وتصبح له أموره الفريدة خلال مرحلة الرشد

الوصاية الكلية إلى الوصاية المحدودة للغاية، أو الوصاية المؤقتة التي تخول للفرد السلطة كي يقوم في الواقع باتخاذ القرارات اللازمة في هذا الصدد .

ويمثل الانتقال من الطفولة المبكرة أو برامج ما قبل المدرسة إلى السياق الأكبر للروضة كما يشير فلاور وآخرون (1991) .Flower et.al فترة انتقالية تثير العديد من المصاعب والمشكلات حيث يتطلب هذا الانتقال بالنسبة للطفل زيادة مفاجئة في أائه الوظيفي المستقل. أما بالنسبة للوالدين فإنها غالباً ما تعني التخلي عن مفهوم الحماية للطفل ذلك المفهوم الذي كان يتحقق بصورة أساسية من خلال البيئة المألوفة والآمنة التي يتم تقديم البرامج للطفل فيها. كما أنها غالباً ما تكون محفوفة بالمخاوف، ومن أهم هذه المخاوف ما يلي :

أ - مدى وصول الوالدين والمعلمين إلى التحديد المناسب لمستقبل الطفل.

ب- الخوف من فقد السيطرة على الطفل حيث يشارك بعض الغرباء في تعليمه.

جـ- دخول الطفل إلى نسق جديد يصبح لزاماً عليه أن يألفه.

د - الخوف مما يمكن أن يترتب على إطلاق مسمى الإعاقة التي يعاني الطفل منها عليه وتصبح بمثابة وصمة معينة تميزه على الدوام .

ومما لا شك فيه أن الانتقال بين المراحل يعد أمراً صعباً نظراً لذلك الغموض الذي يحيط به والذي يلازم تقديم كل طور مرحلي جديد للأسرة أو عدم وضوحه لها. ومن الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الغموض استبدال أولئك المختصين الذين كانوا يعملون مع الطفل المعوق ويقومون على أمره وهو الأمر الذي يجعل والدي الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة يشعرون بالقلق الشديد من جراء استبدال أو تنقل أولئك المعالجين والمعلمين الذين يعملون مع الطفل وذلك خلال حياته وخاصة خلال الفترات الانتقالية.

المساندة الاجتماعية للأسرة Social Supporf For Families

يدرك المختصون في الوقت الراهن كما يشير دونست وآخرون (1997) .Dunst et.alأن الأسرة يمكنها أن تجني العديد من الفوائد من المساندة الاجتماعية التي يقدمها الآخرون لها. وتشير المساندة الاجتماعية social support إلى تلك المساعدة الانفعالية أو المعلوماتية أو المادية أي التي تتعلق بتلك المواد المختلفة التي يتم توفيرها لأولئك الأفراد الذين يعدون في حاجة إليها. وعلى النقيض من تلك المساعدة التي يقدمها المختصون والهيئات المختلفة فإن المساعدة الاجتماعية تعتبر غير رسمية وتأتي من مصادر مثل الأسرة الممتدة، والأصدقاء، والجماعات المختلفة، والجيران، والأندية الاجتماعية. وهناك مصدران يعدان من أهم المصادر لتقديم المساندة الاجتماعية هما جماعات المساندة الوالدية، والإنترنت. ويمكن أن نقوم بتوضيح ذلك على النحو التالي:

أ- جماعات المساندة الوالدية:

تمثل هذه الجماعات أحد الأنماط الشائعة لتقديم المساندة الاجتماعية وخصوصاً بالنسبة لوالدي الأطفال المعوقين. وتتألف مثل هذه الجماعات من والدي الأطفال الذين تجمع بينهم نفس الإعاقات أو إعاقات شبيهة. وقد تكون مثل هذه الجماعات غير منظمة نسبياً، وتجتمع بصفة غير دورية وفقاً لجدول أعمال محدد، أو أنها قد تكون أكثر تنظيماً مما يجعلها تجتمع بصفة دورية لمناقشة أمور محددة وفقاً لجدول أعمال خاص بها. وفي جميع الأحوال يمكن لتلك الجماعات أن تحقق عدداً من الفوائد من أهمها ما يلي:

أ - الحد من تلك العزلة أو الوحدة التي يعانون منها.

ب- تزويد الأسرة بالمعلومات اللازمة لها في سبيل تربية وتعليم طفلها المعوق.

جـ- تقديم نماذج للدور يمكن للأسرة أن تقتدي بها.

د - توفير أساس صادق للمقارنة سواء لما تقوم به الأسرة أو لما يقوم الطفل به.

ومع ذلك لا يمكن أن تكون تلك الجماعات ذات أهمية كبيرة لجميع الأفراد المشاركين فيها أي لجميع الآباء حيث قد يخبر بعض هؤلاء الآباء في واقع الأمر مزيداً من الضغوط على أثر وجود مشكلات مشتركة بالنسبة لهم، أو من جراء استماعهم إلى تلك المشكلات التي يعاني منها الآخرون. ويتوقف بطبيعة الحال تأثير جماعات المساندة بالنسبة للوالدين بصفة أساسية على شخصيات أولئك الآباء المشاركين فيها والذين يقومون على أثر ذلك بتقديم المساندة المطلوبة للآخرين أو تلقيها منهم.

تقدم جماعات المساندة الوالدية المساعدة اللازمة للعديد من آباء الأطفال المعوقين

ب- المصادر التي يقدمها الإنترنت للآباء:

أصبح الإنترنت أحد أهم المصادر التي يتم من خلالها تقديم المساندة لآباء الأطفال المعوقين حيث يتم تخصيص العديد من قوائم البريد الإلكتروني، والجماعات الإخبارية،news groups والمواقع على الشبكة الدولية للمعلومات لتلك الموضوعات ذات الصلة بالإعاقة. ويمكن لآباء الأطفال المعوقين التواصل مع بعضهم البعض عن طريق البريد الإلكتروني والجماعات الإخبارية، كما يمكنهم من جانب آخر التواصل أيضاً مع الخبراء والمختصين بخصوص تلك الأمور أو الموضوعات النظرية أو العملية الخاصة بأطفالهم. أما الجماعات الإخبارية فإنها تتألف وفقاً للإعاقات المختلفة أو للإعاقات عامة حيث هناك جماعات خاصة بمتلازمة أعراض داون، أو اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، أو الشلل الدماغي، أو التليف المراري، أو غيرها .

ومن ناحية أخرى يمكن للوالدين أن يتعرفوا على كم أكبر من المعلومات عن الإعاقات المختلفة عن طريق المواقع المختلفة على الشبكة الدولية للمعلومات والتي يعد مكتب التربية الخاصة بجامعة فرجينيا Virginiaمن أهمها حيث يقدم هذا الموقع العديد من المعلومات عن الموضوعات الخاصة بالإعاقة مثل التشريع، والأمور القانونية، وأساليب التدريس الملائمة لهؤلاء الأطفال، والمصادر الوالدية، والعديد من المقالات المنشورة في المجلات العلمية المتخصصة في مجال التربية الخاصة فضلاً عن أنه يربطنا أيضاً بالعديد من المواقع الأخرى ذات الصلة بمثل هذه الأمور .

التواصل بين الوالدين والمختصين

يتفق جميع أصحاب النظريات التي تتناول الأسرة على أنه مهما كان ذلك المدخل الذي نستخدمه للعمل مع الوالدين فإن أساس نجاح البرنامج المستخدم يتمثل في تلك الكيفية التي يمكن بها لكل من الوالدين والمعلمين أن يعملوا معاً، وأن يتواصلوا مع بعضهم البعض في هذا الخصوص. ومن ثم فإن أفضل النماذج الموجودة وأكثرها إبداعاً لا يمكن له أن يحقق أي نتائج إيجابية في هذا الإطار دون أن يحدث تواصل فعال بين الوالدين والمعلمين.

وللأسف فليس هناك في التربية الخاصة كما يرى مايكل وآخرون (1992)Michael et.al. ما يدل على وجود علاقات عمل ناجحة بين الوالدين والمعلمين استمرت لفترة طويلة. ولن يكون مثل هذا الأمر مدهشاً بالنسبة لنا إذا ما نظرنا إلى تلك المكونات التي يتألف الموقف منها حيث يتضمنمثل هذا الموقف الوالدين الذين يحاولان مسايرة الضغوط التي تصاحب تربية الطفل المعوق وتنشئته في مجتمع معقد ومتغير. كما يتضمن الموقف ذاته من ناحية

أخرى أولئك المختصين الذين يجب أن يتواصل الآباء معهم، ويضم هؤلاء المختصين المعلمين، وأخصائيي اللغة والتخاطب، والأطباء، والأخصائيين النفسيين، والمعالجين النفسيين المختلفين، وما إلى ذلك. وقد يتعرض هؤلاء المختصين للإحباط نظراً لعدم وجود إجابة شافية أمامهم لجميع الأسئلة التي تتعلق بما يعانيه الطفل من مشكلات متعددة.

ويمثل التواصل إحدى الوسائل الهامة التي يمكن عن طريقها التخلص من سوء الفهم الذي يمكن أن يحدث بين كل من الآباء والمختصين. ومن المهم بالنسبة للمعلمين أن يحاولوا القيام بالتواصل مع آباء الأطفال ذوي الإعاقات حيث يتمكنون على أثر ذلك من تحقيق العديد من الفوائد منها الحصول على معلومات تتعلق بالطفل منهم، وتبادل المعلومات بخصوصه معهم حيث يعتبر الآباء هم أهم مصدر للحصول على المعلومات المرتبطة بالطفل وخصائصه واهتماماته نظراً لأنهم يقضون معه وقتاً طويلاً، ويعدون هم الأقدر على تلبية احتياجاته، وفهمه، وتقديم المساندة اللازمة له. كذلك فإن قيام المعلم بإخبار الوالدين بما يحدث في الفصل مع طفلهما من شأنه أن يطور علاقة قوية بين الطرفين يمكن للمعلمين بموجبها أن يطلبوا من الوالدين تقديم المساندة التي يحتاجون إليها في تعاملهم مع الطفل حتى يتمكنوا من تحقيق النجاح معه إذ أن الوالدين بذلك سوف يصبح لهما دور فعال من خلال المشاركة الجادة والفعالة في اتخاذ القرارات التي تتعلق بتلك البرامج التربوية التي يتم تقديمها للطفل وهو الأمر الذي يؤكد على أن تحقيق ذلك يعد مرهوناً بحدوث قدر معقول من التواصل بين الطرفين.

وتعتبر الواجبات المنزلية من جانب آخر من أهم الأمور الأساسية التي تتطلب التعاون من جانب الوالدين حيث غالباً ما تعتبر الواجبات المنزلية بالنسبة للتلاميذ المعوقين في نظام الدمج مصدراً أساسياً لسوء الفهم والصراع . ويمكن التخلص من ذلك وتحسين أداء الأطفال لتلك الواجبات إذا ما تمت مراعاة بعض الاستراتيجيات ذات الأهمية في هذا الصدد والتي يمكن تحديدها على النحو التالي:

أولاً: أن يحدد المعلم واجبات واضحة ومحددة وملائمة للطفل :

ويتطلب ذلك ألا يكون الواجب المنزلي صعباً، أو طويلاً حتى لا يقوم الطفل بتجنبه ومقاومة أي محاولة تدفعه للقيام به، كما يجب أن يرتبط الواجب المنزلي بما يكون الطفل قد درسه في الفصل. وعلى هذا الأساس يجب على المعلم أن يراعي ما يلي :

1- أن يعلم الوالدين والطفل بوجود هذا الواجب.

2- أن يحدد الواجب في وحدات صغيرة.

3- أن يشرح الواجب بشكل واضح.

4- أن يحدد الواجب على السبورة، وأن يتركه كذلك حتى يأتي التلاميذ وقد قاموا بأدائه.

5- أن يذكر التلاميذ بالواجب والموعد الذي ينبغي عليهم أن يحضروه معهم فيه.

6- أن يقوم بالتنسيق مع المعلمين الآخرين بخصوص الواجب حتى لا يكون هناك كماً كبيراً من الواجبات المنزلية.

7- أن يحدد نظاماً معيناً في بداية العام لأداء الواجبات المنزلية.

8- أن يراجع الواجب المنزلي في بداية الحصة التالية له أي في أول حصة يقوم فيها بتدريس ذلك المقرر للتلاميذ بعد تحديد ذلك الواجب لهم.

9- أن ترتبط الواجبات المنزلية بما يتم شرحه في الفصل، أو في الحياة الواقعية .

10- أن يوضح المعلم للتلاميذ كيفية أداء الواجب المنزلي، وأن يكتب التعليمات الخاصة بذلك على السبورة .

11- أن يتأكد من فهم التلاميذ لما هو مطلوب منهم.

ثانياً: عمل المواءمات اللازمة لأداء الواجبات المنزلية :

وهناك في الواقع العديد من المواءمات أو التغييرات التي يجد المعلم أنه يجب أن يقوم بها حتى يمكن للطفل المعوق أن يفهم ما يتم تقديمه له، وأن يستفيد منه بالتالي. ولذلك فإن تلك المواءمات تختلف بدلالة الإعاقة التي يعاني الطفل منها، أي أنها تختلف بالتالي من إعاقة إلى أخرى. ومن أهم هذه التغييرات أو المواءمات ما يلي :

1- توفير مصدر للمساعدة الفردية لكل تلميذ على أن تتم مثل هذه المساعدة على هيئة واحد إلى واحد .

2- أن يتم تحديد الواجب المنزلي بشكل دقيق.

3- أن يسمح بوجود صيغ بديلة للاستجابة كأن يسمح للتلاميذ بتسجيل الواجب المنزلي على شريط كاسيت.

4- أن يكون طول الواجب المنزلي مناسباً.

5- أن يعمل أحد الأقران كمدرب للطفل أو معلم له، أو يتم السماح للطفل بالعمل في جماعة .

6- أن يقوم بتوفير الأدوات اللازمة لحدوث التعلم كالآلات الحاسبة على سبيل المثال.

7- أن يتم استخدام معايير تقييم ملائمة لأولئك التلاميذ.

8- أن يتم تحديد كم أقل من الواجبات المنزلية.

ثالثاً: تعليم المهارات الدراسية للتلاميذ study skills أو المهارات اللازمة لمواصلة الدراسة:

يجب على المعلم أن يقوم في هذا المضمار بمساعدة التلاميذ على القيام ببعض الأمور، وتعليمهم كيفية القيام بها. ومن أهم ما يجب أن يعلمهم القيام به ما يلي :

1- تحديد ذلك المكان الذي سيقومون فيه بأداء الواجبات المنزلية نظراً لعدم وجود ما يمكن أن يشتت تفكيرهم هناك.

2- استخدام كل الوسائل والأدوات المتاحة أمامهم.

3- تخصيص وقت كاف لأداء الأنشطة المختلفة والالتزام بالجدول الزمني المعلن.

4- إبداء الملاحظات المناسبة.

5- مراجعة الواجبات المنزلية للتأكد من دقتها وإكمالها قبل تسليمها للمعلم.

رابعاً : استخدام جدول أعمال معين لأداء الواجبات :

ومن الجدير بالذكر أنه يمكن أن يتم تعليم الأطفال في هذا الصدد وتدريبهم على استخدام التقويم، والجداول الزمنية، والقوائم، وغيرها من الأساليب الأخرى في سبيل أداء الأنشطة المختلفة بصورة ذاتية وهو الأمر الذي يعني مساعدتهم على الاستفادة من هذه الأساليب المختلفة في أداء الواجبات المنزلية.

خامساً : تحقيق التواصل بين المنزل والمدرسة :

نظراً لأهمية التواصل الذي يمكن أن يقيمه المعلم مع الوالدين فإنه يمكن للمعلم أن يتبع أساليب معينة لتحسين التواصل مع الوالدين. ومن أهم هذه الأساليب ما يلي :

1- تقديم قائمة بالمقترحات التي يمكن أن يتبعها الوالدان لمساعدة طفلهما في أداء الواجبات المنزلية كأن يتأكدا بصورة يومية من تكليف الطفل بأداء واجب منزلي معين.2- التواصل المكتوب مع الوالدين بصورة مستمرة حول الواجبات المنزلية.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك كما يرى وارجر (2001) Warger وكلينجر وفون (1999) Klinger &Vaughn وإبشتاين وآخرون (1999) Epstein et.al. وجاينتي وآخرون(1997) Jayanthi et.al. العديد من الأساليب الأخرى التي يمكن للمديرين أن يقوموا عن طريقها بمساندة المعلمين في التمكن من تحسين التواصل. ويتضمن ذلك ما يلي :

1- توفير الوسائل التكنولوجية التي تسهم في حدوث التواصل مثل أجهزة الرد على التليفونات، والبريد الإلكتروني، والخطوط الساخنة الخاصة بالواجبات المنزلية.

2- توفير الحوافز للمعلمين لاشتراكهم وجهاً لوجه في الاجتماعات مع أولياء الأمور.

3- العمل بنظام تدريس الأقران لبعضهم البعض لتوفير قدر إضافي من المساعدة في سبيل أداء الواجبات المنزلية المختلفة.

ويشير هالاهان ومارتنيز (2002) Hallahan &Martinez إلى أن معظم المختصين يتفقون على أن التواصل بين المعلم والوالدين ينبغي أن يحدث في أسرع وقت ممكن، ولا يجب أن تحكمه السلوكيات السلبية فقط من جانب التلميذ حيث أن الآباء وخاصة آباء الأطفال المضطربين سلوكياً غالباً ما يشتكون من أنه لا يتم الاتصال بهم من المدرسة إلا عندما يأتي أطفالهم بأي مشكلة سلوكية. ويقوم بعض المعلمين في سبيل توفير درجة معقولة من المساندة للوالدين بإرسال خطاب مكتوب للأسرة في بداية العام الدراسي يتم فيه تلخيص تلك الأهداف التي يودون تحقيقها خلال ذلك العام الدراسي، بينما يقوم آخرون بإرسال خطابات إخبارية للأسرة بصفة دورية أو يتصلون تليفونياً بالوالدين بين حين وآخر. وحتى إذا لم يختر المعلم استخدام أي من هذه الأساليب فإن السلطات المختصة توصيه بالتواصل مع الوالدين في أسرع وقت ممكن خلال العام الدراسي نظراً لأنه عندما يفتح خطاً للتواصل مع الوالدين في وقت مبكر من العام الدراسي فإن ذلك سوف يساعده في مناقشة العديد من الأمور التي تتعلق بالطفل وهو ما يمكن أن يعود عليه بالفائدة. وهناك في الواقع ثلاثة أساليب للتواصل بين المعلمين والآباء هي:

1- عقد المؤتمرات بين الوالد والمعلم بخصوص الطفل.

2- برامج إرسال الملاحظات إلى المنزل.home-note programs

3- الملاحظات الدفترية المتنقلة. traveling notebooks

ويمكن أن نوضح ذلك على النحو التالي:

عقد المؤتمرات بين الوالد والمعلم بخصوص الطفل:

يمكن أن تكون تلك المؤتمرات التي يتم عقدها بين الوالد والمعلم بخصوص الطفل كما يشير هالاهان ومارتنيز (2002) Hallahan &Martinez أسلوباً فعالاً بالنسبة للمعلمين في سبيل مشاركة الوالدين ما لديهما من معلومات عن الطفل، كما أنها تعد فرصة للمعلمين كي يعرفوا الكثير من المعلومات عن الطفل من والديه. وإلى جانب تلك الاجتماعات التي يتم عقدها بصفة

دورية منتظمة وفقاً لجدول زمني محدد يتم إعلانه لجميع الآباء فقد يحتاج المعلمون إلى عقد مؤتمرات فردية مع والدي أطفال معينين. ويعتبر التخطيط الجيد لمثل هذه المؤتمرات عاملاً أساسياً في تحقيق النجاح لها. كذلك فإن بداية مثل هذا المؤتمر أو ذاك تعتبر مسألة حاسمة حيث يوصي البعض بأن يكون أول اتصال بين الطرفين هو مكالمة تليفونية حول الحاجة إلى عقد مثل هذا الاجتماع وذلك دون الخوض في تفاصيل كثيرة، ثم يتبعها إرسال خطاب لتذكرة الوالدين بموعد ومكان مثل هذا الاجتماع. ويوضح الجدول (4- 4) بعض المقترحات التي يكون من شأنها أن تجعل مثل هذه المؤتمرات أكثر فعالية.

جدول (4- 4) إرشادات تتعلق بالاجتماعات والمؤتمرات التي تعقد بين المعلم والوالدين

إرساء الأساس
1- راجع التقارير التراكمية للطفل .
2- حاول أن تألف ثقافة الأسرة والطفل .
3- استشر مختصين أخرين حول الطفل .
4- أوجد علاقة وألفة مع الوالدين وأبلغهما بما يتعلق بالطفل من معلومات.
5- اجمع المعلومات التي تتعلق بالتطور الأكاديمي للطفل وسلوكه.
6- شارك الوالدين التعليقات الإيجابية التي تتعلق بالطفل .
7- ادع الوالدين إلى الفصل لملاحظة الطفل، أو دع أياً منهما يتطوع لمساعدتك في الفصل.
قبل الاجتماع
1- ناقش أهداف ذلك الاجتماع مع الوالدين واعمل على حثهما على تقديم ما لديهما من معلومات يمكن أن تفيد في هذا الإطار.
2- قم بإشراك الطفل معكما كلما كان ذلك ممكناً.
3- حدد جدول زمني للاجتماع يتضمن تحديد موعد مناسب للطرفين.
4- أرسل خطاباً مكتوباً للوالدين قبل الاجتماع.
أثناء الاجتماع
1- قم بالترحيب بالوالدين، وتحدث معهما بصورة غير رسمية قبل الاجتماع .
2- أعد تلاوة أهداف الاجتماع على الوالدين.
3- ابدأ معهما بالتحدث حول جوانب القوة المميزة للطفل .
4- أكد كلامك بأمثلة واقعية وقرائن مما تضمه المستندات الموجودة بحوزتك.

5- شجع الوالدين على طرح الأسئلة.
6- شجع الوالدين على طرح وجهات نظرهما في هذا الخصوص.
7- وجه للوالدين أسئلة مفتوحة .
8- تجنب الثرثرة معهما في أمور جانبية .
9- أنصت لهما جيداً ولما يتحدثان عنه .
10- راجع النقاط الأساسية التي تضمنها الاجتماع وحدد كيفية التعامل معها.
11- قم بتوفير مصادر إضافية لمساعدة الوالدين في هذا الصدد كجماعات المساندة، والمواقع المختلفة على الشبكة الوالدية .

بعد الاجتماع

1- قم بكتابة النتائج التي أسفر عنها الاجتماع.
2- أشرك معك الزملاء الذين يتعاملون مع الطفل حتى يكونوا على علم بتلك النتائج.
3- تابع مع الوالدين مناقشة التغيرات التي تحدث.

وغني عن البيان أنه إذا كان محور الاجتماع هو المستوى السيئ لأداء الطفل أو سوء سلوكه فإن هذا يفرض على المعلم أن يكون دبلوماسياً بقدر الإمكان. ويوصي معظم المسئولين بأن يجد المعلم شيئاً إيجابياً يتناوله عن الطفل أثناء حديثه عن تلك السلبيات التي لا يزال الطفل يأتي بها حيث أنه يحتاج إلى تحقيق قدر جيد من التوازن بين ما يأتي به الطفل من سلبيات وما يحققه من إيجابيات حيث أن تناول الأشياء الجيدة فقط التي يأتي الطفل بها أو تناول أخباره السيئة فقط من شأنه أن يجعل الوالدين يفقدان ثقتهما فيما يقرره المعلم. كما أنه لا يجب مطلقاً أن يبدي المعلم أي غضب من الطفل أو عدم رضا عنه حتى لا يبحث الوالدان عن وسائل دفاعية، وينشغلان عن ذلك لهدف الأساسي الذي يكون المعلم قد دعاهما إليه.

برامج إرسال الملاحظات إلى المنزل: Home-Note Programs

تعد هذه البرامج كما يرى كوتون Cottone(1998) وكيلي وماكاين Kelley & McCain (1995) وماكاين وكيلي McCain &Kelley (1993) بمثابة وسيلة للتواصل مع الوالدين ومحاولة جعلهما يقومان بتعزيز ذلك السلوك الذي يقوم به الطفل في المدرسة. وعندما يقوم الوالدان بتعزيز سلوك الطفل يحقق المعلم فائدة كبيرة في هذا الصدد حيث عادة ما يزيد عدد التعزيزات الوالدية من تلك التي يقوم بها المعلم .

وهناك عدد من الأنماط المختلفة التي يتم عن طريقها إرسال الملاحظات إلى المنزل يتمثل الشكل البسيط منها في ذلك النمط الذي يسجل المعلم عليه (نعم) أو (لا) أو (غير مناسب) أمام فئات سلوكية معينة كالسلوك الاجتماعي، أو إنهاء الواجبات المنزلية، أو دقتها، أو إنهاء الأعمال الأكاديمية داخل الفصل، أو دقة المهام الأكاديمية التي يؤديها داخل الفصل. كذلك فإن الشكل المستخدم يمكن أن يتضمن أيضاً فراغاً لكل من المعلم والوالد لكي يكتب كل منهما فيه تعليقات مختصرة. ويتم إرسال الملاحظات في تقرير مع الطفل إلى المنزل فيقوم الوالد بالتوقيع عليه، ثم يعيده معه إلى المدرسة في اليوم التالي، ويقوم الوالدان على أثر ذلك بتعزيز أداء الطفل. وغالباً ما يبدأ المعلم بإرسال ملاحظاته مع الطفل إلى المنزل كل يوم، ثم يقلل تدريجياً من ذلك حتى ينتهي إلى إرسال مثل هذه الملاحظات مرة واحدة أسبوعياً.

ويرى جمع من الباحثين أن هذا النمط من التواصل بين المعلم والوالدين يحتاج إلى قدر حميم من التواصل بين الطرفين حتى يمكن له أن يؤتي بثماره المرجوة. كذلك فإن كلاً من الوالدين والمعلم يحتاجان إلى أن يتفقا من الناحية الفلسفية على استخدام مدخل سلوكي معين يتمكنا بموجبه من إدارة سلوك الطفل. وإذا ما اعترض كلاهما على استخدام التعزيز كوسيلة لتشكيل سلوكيات الطفل يصبح من غير المحتمل أن يحقق هذا الأسلوب المتمثل في إرسال الملاحظات إلى المنزل النجاح المنتظر .

الملاحظات الدفترية المتنقلة : traveling notebooks

يعد هذا الأسلوب أقل شيوعاً واستخداماً من الناحية الرسمية قياساً بإرسال الملاحظات إلى المنزل، ولكنه يتناسب مع تلك الحالات التي يتعامل فيها عدد من المختصين مع الطفل الواحد. ومن المعروف أن تلك الملاحظات التي تتم كتابتها في كراسة أو دفتر تتنقل مع الطفل بين المدرسة والمنزل حيث يقوم كل أخصائي بكتابة رسائل مختصرة للوالدين، والعكس صحيح حيث يقوم الوالد بدوره بكتابة رسائل مختصرة للمعلمين. وفضلاً عن ذلك فإن مثل هذا الأسلوب يسمح للأخصائيين المختلفين أن يلموا بما يقوم به كل منهم مع الطفل .

وإلى جانب ذلك فإن هناك وسيلة أخرى كما يرى ألبير وآخرون Alper et.al.(1996) يمكن للوالدين وأعضاء الأسرة الآخرين أن يتواصلوا بموجبها مع المختصين هي التأييد أو التعضيد advocacy والتي تعد بمثابة عمل معين يؤدي إلى تحقيق الفائدة المرجوة لفرد واحد أو أكثر حيث يعتبر دعم كامل أو مساندة يقوم بها فرد واحد إما لنفسه أو لغيره، وهو طريقة يمكن أن يتبعها والدو الأطفال ذوي الإعاقات كي يتمكنوا من الحصول على الخدمات المطلوبة. وبذلك يمكن أن يكون هذا الأسلوب وسيلة للحصول على الخدمات المطلوبة أو المطورة للأطفال

أثناء مساعدة الوالدين على اكتساب مفهوم التحكم في المخرجات بالنسبة للأطفال. وعلى الرغم من أنها قد تصاحب في بعض الأحيان بفكرة المقارنات التي تعقد بين الوالدين والمختصين فإن التأييد لا يتطلب أن يكون على هيئة عداء بين هذا الطرف أو ذاك. ومن ثم يجب أن يعمل كلا الطرفين معاً من خلال هذا الأسلوب فيركز الوالدان جهودهما على تقديم المساعدة اللازمة لأطفالهما وغيرهم من الأفراد ذوي الإعاقات، وقد يضطروا في سبيل ذلك إلى العمل كمتطوعين مع هؤلاء الأطفال. ومن الأمثلة الدالة على ذلك اشتراك الوالدين في الاجتماعات الخاصة بتصميم وتطوير البرنامج التربوي الفرديIEP لطفلهما. وهناك العديد من التوصيات التي يمكنهما بمقتضاها أن يجعلا هذه الاجتماعات أكثر فعالية في سبيل تحقيق الفائدة المرجوة لطفلهما وهو الأمر الذي يوضحه الجدول التالي .

جدول (4-5) إرشادات للوالدين لزيادة فعالية اجتماعاتهم في سبيل تطوير البرنامج التربوي الفردي لطفلهما

1- يجب أن يقوم الوالد بالمبادرة في سبيل تحديد يوم وتاريخ ومكان الاجتماع بحيث يتم الاجتماع في مكان مريح وهادئ حتى لو اضطر إلى عقده بالمنزل أو في مركز المجتمع المحلي.

2- يجب أن يسأل منظم الاجتماع قبل أن يبدأ بأن يقوم بتوضيح أهداف الاجتماع وأن يزوده بالمعلومات التي يمكن أن تفيده في هذا الإطار. كما يجب أن يسأله عن أولئك الأفراد الذين سوف يحضرون الاجتماع معه حتى يقترح حضور غيرهم من المختصين إذا كان في ذلك فائدة للطفل.

3- ينبغي أن يطلب من منظمي الاجتماع أن يخبروهم بتلك الموضوعات التي يتضمنها جدول أعمال الاجتماع، وأن يخبرهم بالموضوعات الأخرى التي يود إضافتها إلى جدول الأعمال.

4- يجب أن يكتب تلك الأفكار التي تتعلق بالأهداف الحالية والمستقبلية التي يود أن يحققها طفله إلى جانب تحديد اهتماماته وحاجاته، وأن يقدمها في الاجتماع حتى يشاركه الآخرون فيها.

5- يجب أن يطلب أثناء انعقاد الاجتماع الحصول على قائمة مكتوبة بتلك البنود التي تتم مناقشتها والأعمال التي ينبغي القيام بها وذلك على ورقة كبيرة، وأن يتم تعليقها أمام الجميع.

6- يجب أن يطلب توضيح تلك المصطلحات غير المألوفة له أو حتى لغيره أثناء انعقاد الاجتماع.

7- ينبغي أن يطالب بتحديد جدول زمني منتظم للاجتماعات كأن يتم عقده شهرياً أو كل شهرين أو كل فصل دراسي، أو ما إلى ذلك حتى يتم مراجعة وتقييم مدى التطور الذي يمكن أن يحققه الطفل في هذا الصدد.

8- يجب أن يطلب بعد الاجتماع الحصول على وقائع الاجتماع لتكون بحوزته هو وغيره من الأعضاء الذين حضروا نفس هذا الاجتماع.

9- يجب أن يسهم في تحقيق التواصل المستمر بالاتفاق مع الأعضاء الآخرين الذين حضروا الاتماع أن يتصلوا تليفونياً ببعضهم البعض أو يراسلوا بعضهم البعض بصفة دورية منتظمة.

وهناك أمر آخر يعد في نفس درجة أهمية التأييد أو التعضيد يتمثل في شخصيات الأفراد التي تدفعهم للاشتراك في تلك الأنشطة، والوقت المتاح أمامهم الذي يسمح لهم بذلك وهو الأمر الذي قد لا يتوفر لكل الآباء بصفة عامة حيث أن بعضهم ليس له مثل هذه الشخصيات، وليس لديه الوقت الكافي كي يتمكن من المشاركة في مثل هذه الأنشطة. كما أن المشاركة في التأييد ذاتها قد تتناسب مع بعض الآباء دون سواهم وذلك في المراحل المختلفة لنمو أطفالهم. فقد يشترك البعض على سبيل المثال بدرجة كبيرة في تلك الأنشطة عندما يكون أطفالهم في مرحلة عمرية أقل، ولكنهم قد يصبحون أكثر انشغالاً مع مرور الوقت وأكثر إنهاكاً مما يقلل بدرجة كبيرة من مشاركتهم في مثل هذه الأنشطة. كما أن بعض الآباء لا ينظرون إلى حاجة أطفالهم إلى التدخل، ولا ينظرون إلى ذلك بدلاً من أطفالهم حتى تواجههم المشكلات فيما بعد كتلك المشكلات التي تشهدها الفترات الانتقالية كما هو الحال في سنوات المراهقة على سبيل المثال. ومن هنا يصبح من المهم أن يقوم المعلم بتشجيع الوالدين على تقديم التأييد أو التعضيد اللازم لأطفالهما مع احترام ترددهما في القيام بمثل هذه المسئوليات .

الخلاصة: Summary

كان الاتجاه السائد نحو والدي الأطفال ذوي الإعاقات عامة يتسم بالسلبية حيث صورهم المختصون آنذاك على أنهم هم سبب تلك المشكلات التي يعاني منها أطفالهم، كما صورهم أيضاً على أنهم يعتبرون عقبات في سبيل الاستفادة من تلك الجهود التربوية التي يتم تقديمها لأطفالهم هؤلاء . وهناك عاملان ساهما في الأساس بقدر كبير في تحويل الاتجاه نحو الوالدين إلى الإيجابية يتمثلان فيما يلي :

1- أن هناك بعض النظريات التي صورت الأطفال على أن بإمكانهم أن يحدثوا العديد من التغييرات في سلوك الراشدين. وبالتالي فإن المختصين في الوقت الراهن ينظرون إلى العلاقة بين الراشدين والطفل على أنها ثنائية الاتجاه حيث أحياناً ما يؤثر الراشدون في الطفل، والعكس صحيح.

2- أن المختصين ينظرون إلى الوالدين الآن على أنهما مصدر أساسي للمعلومات عن تلك الكيفية التي يمكن بموجبها أن نقوم بتعليم الطفل. وأنه يجب أن يتم بالتالي الإبقاء على العلاقة الطبيعية التي تجمع بين الوالدين والطفل حيث أن ذلك من شأنه أن يسهم بشكل كبير في تعليم الطفل.

ويرى جمع من الباحثين والعلماء أن الوالدين يمران بسلسلة من المراحل بعد أن يعرفا أن طفلهما معوق، ولكن نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تؤكد على أنه ليس كل الآباء يمرون بنفس هذه المراحل. ومع ذلك فإن جميع هؤلاء الآباء يخبرون الضغوط التي تنشأ عن مصادر عديدة تتضمن ردود فعل عامة الناس تجاههم، ومشاعر الأطفال أنفسهم. وتتباين تلك الكيفية التي يساير بها الوالدان مثل هذه الضغوط وإن كانوا جميعاً يخبرون قدراً من الفوضى والإحباط في حياتهم. ويتوقف تعاملهم مع تلك الضغوط على عاملين اثنين هما:

1- بنيتهم السيكولوجية السابقة وما يحققونه من إشباع زواجي .

2- كيف ودرجة المساندة غير الرسمية التي يتلقونها.

ومع ذلك فإن وجود طفل معوق بالأسرة لن يؤدي بالقطع إلى حدوث نفس القدر من الضغوط لجميع الآباء والأمهات، إلا أن هناك اتجاه يقطع بأن الآباء دون الأمهات يعانون في الوقت الراهن من قدر أكبر من الضغوط قياساً بما كان الأمر عليه من قبل بالنسبة لهم.

وإذا كان المختصون قد ركزوا من قبل على التأثير السلبي الذي يخلفه وجود طفل معوق بالأسرة فإنهم يدركون أن التأثير السائد اليوم ليس سلبي بشكل كلي حيث قد يخبر بعض الآباء والأمهات بعض التغيرات الإيجابية من جراء ذلك كأن يتقبلوا تلك الفروق التي يظهرها الآخرون، ويبدون اهتماماً بالأمور الاجتماعية، وقد يحسنا من أساليب معاملتهما الوالدية، كما قد يحدث تقارب كبير بين جميع أعضاء الأسرة مما يقوي من أواصر العلاقات التي تنشأ بينهم. ومما لا شك فيه أن أخوة الأطفال المعوقين يخبرون نفس المشاعر التي يخبرها آباء هؤلاء الأطفال، ولكن نظراً لصغر سنهم فإن عدد الأفراد الذين يتحدثون إليهم يقل، كما أنهم قد يترددون في الحديث إليهم عن بعض الأمور ذات الحساسية إلى جانب أنهم قد يخبرون صعوبة في مسايرة مشاعرهم المختلفة التي تتعلق بذلك. إلا أن الترتيب الميلادي، والجنس، والفروق العمرية تتفاعل معاً في سبيل التأثير على تلك الكيفية التي يتوافق بها الفرد لوجود أخ معوق في الأسرة. وخلال مرحلة المراهقة نلاحظ أن مشاعر المراهق غالباً ما تتركز على تلك الكيفية التي ينظر المجتمع بها له ولأسرته التي تتضمن طفلاً معوقاً. وعلى هذا الأساس فإن البنات الأكبر سناً غير المعوقات، والأخوة من نفس الجنس، والأخوة القريبين من بعضهم في العمر الزمني يواجهون المزيد من الصعوبات في هذا المضمار. ومع ذلك فإن مرحلة الرشد قد تشهد تغيراً آخر حيث تميل البنات إلى تكوين علاقات أكثر إيجابية مع أخوتهن المعوقين قياساً بما يقوم به البنون. ومع ذلك فإن معظم الأبناء يعدون كآبائهم قادرين على تحقيق قدر معقول من التوافق حتى مع وجود أخوة معوقين بالأسرة.

ويستخدم المختصون في الوقت الراهن الاتجاه المتمركز حول الأسرة الذي يعمل هؤلاء المختصون بموجبه لتحقيق مصلحة الأسرة حيث يساعدونها على تحقيق الاستفادة من المصادر الرسمية وغير الرسمية للمساندة، ويشجعون الأسرة على أن تصبح أكثر فعالية في اتخاذ القرارات المختلفة التي تتعلق بها. ويؤكد البعض على تأثير السياق الاجتماعي في نمو الطفل؛ فالأسرة تؤثر على أعضائها فرادى، ويؤثر المجتمع كذلك على الأسرة. وبذلك تعد الأنساق الأسرية بمثابة مدخل متمركز حول الأسرة يهتم بدراسة ذلك السياق الاجتماعي الذي توجد فيه. ويعتبر نموذج الأنساق الأسرية الذي قدمه تورنبول وتورنبول Turnbull & Turnbull (1997) من أهم النماذج التي تناولت مثل هذه الأنساق الأسرية والسياق الاجتماعي الذي توجد الأسرة فيه. ويتضمن هذا النموذج أربعة مكونات هي:

1- الخصائص الأسرية.
2- التفاعلات الأسرية.
3- الوظائف الأسرية.

4- دورة الحياة الأسرية.

هذا وتؤكد المداخل الراهنة المتمركزة حول الأسرة على أهمية الساندة الاجتماعية التي يتم تقديمها للأسرة بما تضمه من مساعدة انفعالية، أو معلوماتية، أو مساندة بالمواد المختلفة ذات الأهمية، أو من مختلف الأفراد كالأسرة الممتدة، والأصدقاء، والجيران، والجماعات المختلفة. وتتمثل أهم المصادر التي يكون من شأنها تقديم المساندة الاجتماعية للأسرة في جماعات المساندة التي تضم آباء الأطفال ذوي الإعاقات المماثلة أو ذوي نفس الإعاقة. كذلك فقد أصبح الإنترنت مصدراً آخر لتقديم مثل هذه المساندة، ولذلك فقد أصبح هناك على الشبكة الدولية مواقع معينة يمكن من خلالها تحقيق هذا الغرض . ويؤكد أصحاب تلك النظريات التي تتناول الأسرة أن التواصل هو مفتاح التعامل مع آباء الأطفال المعوقين. وهناك أنماط متعددة للتواصل مع هؤلاء الآباء من أهمها ما يلي :

1- عقد المؤتمرات بين الوالد والمعلم بخصوص الطفل، وهو ما يعد شبيهاً بمؤتمر الحالة أو شكلاً آخر له.

2- برامج إرسال الملاحظات إلى المنزل.

3- الملاحظات الدفترية المتنقلة.

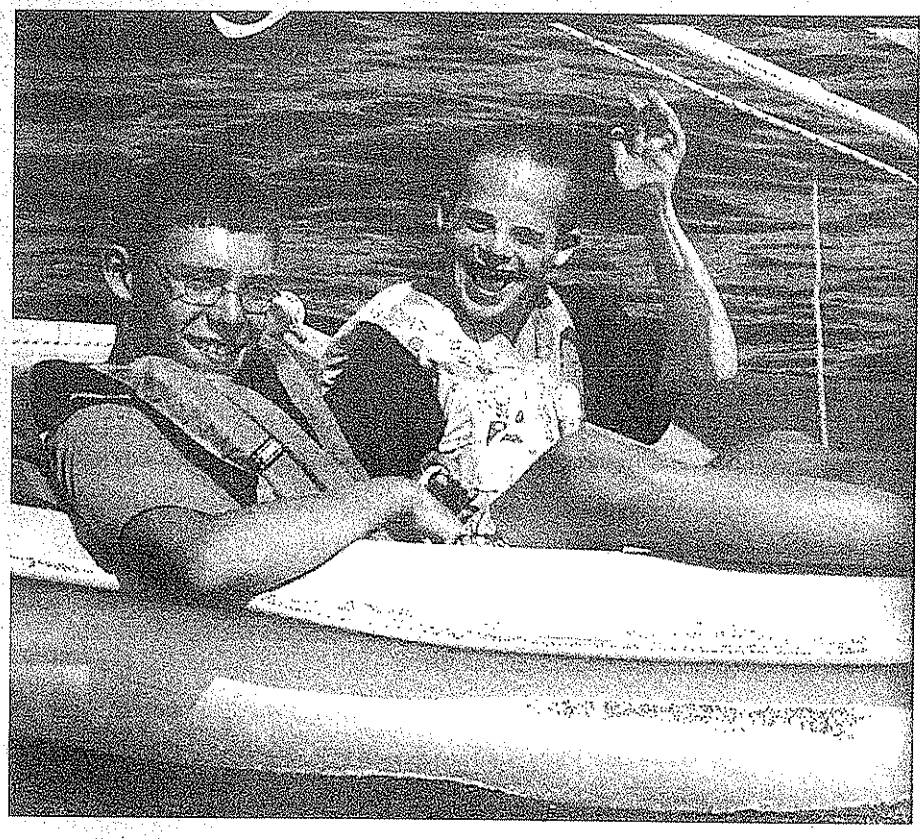
وفضلاً عن ذلك فإن بإمكان الوالدين أن يظلا على اتصال بالمختصين عن طريق ما يعرف بأنشطة التأييد أو التعضيد.... advocacy activities

الفصل الخامس

5

الأطفال المتخلفون عقليا

Learners with Mental Retardation



مقدمة:

من الجدير بالذكر أن هناك عالماً من الفروق أو الاختلافات في كم وكيف الخدمات التي يتم تقديمها لأولئك الأفراد المتخلفين عقلياً وذلك في وقتنا الراهن قياساً بما كان الأمر عليه منذ سنوات قليلة مضت. وفي نفس الوقت هناك بعض الأشياء التي ترتبط بالتخلف العقلي، والتي لا يحتمل لها أن تتغير. فبالنسبة للوالدين الذين ينجبان طفلاً متخلفاً عقلياً نجد أن ذلك يعني لهما مواجهة مجموعة من تلك التحديات التي تستمر مدى الحياة. أما الفرق الجوهري الذي طرأ على هذا الموضوع في الوقت الراهن فيتمثل في أنه رغم أن من المحتمل بالنسبة لوالدي الطفل المتخلف عقلياً أن يشعرا بالقهر فإنهما يمكن إذا ما نظرا حولهما أن يريا بعض الإشارات الدالة على الأمل حيث يريان أمثلة عديدة لمراهقين متخلفين عقلياً يعيشون بشكل مستقل إلى حد ما، ويشغلون وظائف في بيئة عمل تنافسية أو شبه تنافسية، ويخبرون الاستقلال أو حتى الاستقلال النسبي في حياتهم بذلك المجتمع الذي يعيشون فيه.

وكما أوضح موك Mock لساندرا كوفمان Sandra Kaufman فإن معظم النجاح الذي حققه الأفراد المتخلفون عقلياً في الوقت الراهن إنما يعزى إلى ذلك التغير الراهن في الفلسفة التي تتضمن احتراماً لحقوقهم ليصبح ذلك جزءاً من قرارات تؤثر على حياتهم وهو الأمر الذي يتضمن استخدام المدعمات الطبيعية natural supports وسوف نناقش في موضع لاحق من هذا الفصل تلك التغيرات الفلسفية الهامة التي أدت إلى التأكيد على تحديد الذات والمدعمات الطبيعية. ومع ذلك فإن الأمر سوف يستغرق الكثير للتأكد من أن الأشخاص المتخلفين عقلياً قد حققوا أقصى استفادة ممكنة من طاقاتهم الكامنة فيما يتعلق بالاستقلال في وظيفة معينة والحياة في المجتمع. ولكي نعمل على تفعيل تلك الفلسفات التي تقوم على تحديد الذات والمدعمات الطبيعية فإن مثل هذا الأمر بطبيعة الحال سوف يستغرق العديد من السنوات التي تشهد عملاً دءوباً من قبل معلمي التربية الخاصة والمختصين في مجال التخلف العقلي.

وهناك بلا شك العديد من التغيرات التي تركت تأثيراً شديداً في مجال التخلف العقلي على مدى السنوات الماضية، وقد يكون من أكثر هذه التغيرات دلالة ما شهدته عملية تحديد شخص معين على أنه متخلف عقلياً بحيث أصبحت أكثر تعقيداً قياساً بما كان الأمر عليه من قبل إذ أصبح المختصون في وقتنا الراهن أكثر تردداً في استخدام نعت التخلف العقلي قياساً بما كانوا يفعلون سابقاً. وهناك على الأقل ثلاثة أسباب تكمن خلف هذا الاتجاه الذي

يتسم بتلك الدرجة الأكبر من الحذر فيما يتعلق بتشخيص الأطفال وتحديدهم على أنهم متخلفون عقلياً. وهذه الأسباب الثلاثة هي:

1- أن المختصين قد أصبحوا أكثر اهتماماً وأكثر وعياً بالتشخيص الخاطئ للأطفال من الأقليات العرقية على أنهم متخلفون عقلياً حيث كان من الأكثر شيوعاً بالنسبة لأولئك الأطفال الذين ينحدرون من الأقليات العرقية وخاصة من ذوي الأصول الأفريقية والأسبانية وذلك خلال العشرين أو الثلاثين سنة الماضية أن يتم تشخيصهم على أنهم متخلفون عقلياً بسبب انخفاض تحصيلهم أو عدم تحصيلهم بشكل جيد في المدرسة، وانخفاض درجاتهم التي كانوا يحصلون عليها في اختبارات الذكاء.

2- أن اللجوء إلى استخدام محكات صارمة لتحديد التخلف العقلي يرجع في الأصل إلى الخوف من أن استخدام هذا الوصم الناتج عن ذلك التشخيص يمكن أن تنتج عنه نتائج ضارة للفرد ذاته حيث يعتقد البعض أن استخدام نعت التخلف العقلي للأطفال يؤدي إلى انخفاض مفهوم الذات لديهم، كما يؤدي بالآخرين إلى النظر إليهم بشكل سلبي.

3- أن بعض المختصين في الوقت الراهن لا يزالون يعتقدون أن التخلف العقلي يعتبر إلى حد ما بمثابة حالة ذات جذور اجتماعية عميقة إذ نظرت لجنة التصنيف والمصطلحات التابعة للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1992) American Association on Mental Retardation AAMR إلى التخلف العقلي على أنه لا يعد بمثابة سمة توجد لدى الفرد وتميزه عن الآخرين، بل على أنه ناتج التفاعل بين الفرد وبيئته. ومع ذلك فلم تمض وجهة النظر هذه دون تفنيد حيث رأت بعض السلطات أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قد ذهبت بهذا التعريف بعيداً في إنكارها لخبرة التخلف العقلي كسمة أساسية للشخص.

وفي الواقع فقد شهدت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهي المنظمة الأساسية التي تختص بالتخلف العقلي كما يشير لوكاسون وري (2001) Luckasson & Reeve وسميث وميتشل (2001) Smith & Mitchell مناقشة حديثة تتعلق بمحاولة إلغاء نعت التخلف العقلي نهائياً من اسمها أو التخلص منه مع إعادة تسمية المنظمة من جديد. إلا أن البعض قد عارض مثل هذا التغيير بشدة، ومع ذلك فإذا لم يتغير الاسم وظل كما هو فإن مثل هذه المناقشة التي شهدتها أروقة الجمعية تدل على مستوى الاهتمام الذي تم إبداؤه لذلك المصطلح وهذا التعريف وهو الموضوع الذي يحظى بقسط كبير من الاهتمام في الوقت الراهن.

تعريف التخلف العقلي

ينعكس الاتجاه المحافظ لتحديد الأطفال على أنهم متخلفون عقلياً في تلك التغيرات التي شهدها تعريف التخلف العقلي، أو التي لحقت به على مدار السنوات الماضية حيث أقرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي سبعة تعريفات رسمية للتخلف العقلي منذ عام 1950 وحتى وقتنا الراهن .

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

يتمثل التعريف الراهن للتخلف العقلي الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في ذلك التعريف الذي أقرته لجنة المصطلحات والتصنيف بها في عام 1992 والذي ينص على أن:

التخلف العقلي يعد بمثابة حالة تشير إلى أوجه القصور الأساسية التي يشهدها الأداء الوظيفي الراهن للطفل. وتتسم مثل هذه الحالة في الأساس بانخفاض الأداء الوظيفي العقلي للطفل عن المتوسط بشكل دال إحصائياً، ويتزامن ذلك مع أوجه قصور أخرى ترتبط به وذلك في مجالين اثنين أو أكثر من المجالات التطبيقية التالية للمهارات التكيفية أو التي ترتبط بالسلوك التكيفي، والتي تتمثل في المجالات التالية شريطة أن يحدث التخلف العقلي قبل وصول الفرد الثامنة عشرة من عمره. وهذه المجالات هي:

1- التواصل .

2- العناية بالذات.

3- الحياة المنزلية.

4- المهارات الاجتماعية.

5 - استغلال المصادر المجتمعية.

6- توجيه الذات.

7- الصحة والأمان.

8- الأداء الوظيفي الأكاديمي.

9- قضاء وقت الفراغ.

10- العمل .

وإذا ما أردنا أن نصل إلى تقييم لذلك الأمر يصبح من الضروري أن يصير مثل هذا

التعريف إجرائياً، ولكي يصير الأمر كذلك يصبح على المختص أن يقوم بتقييم مجالين اثنين على النحو التالي:

أ - الأداء الوظيفي العقلي.

ب- المهارات التكيفية أو المهارات المرتبطة بالسلوك التكيفي.

وعادة ما يتم قياس الأداء الوظيفي العقلي intellectual functioning للطفل باستخدام أحد مقاييس الذكاء الفردية حيث يمكن من خلاله أن نقوم بتحديد نسبة ذكاء معينة للفرد، ويشير هذا الجانب في الأساس إلى قدرة الفرد التي ترتبط بأدائه الأكاديمي. أما المهارات التكيفية adaptive skills والتي يتم قياسها في الغالب باستخدام مقياس للسلوك التكيفي فتشير إلى قدراته التي ترتبط بمسايرته لبيئته.

ومن الواضح أن هذا التعريف كغيره من التعريفات السابقة يركز على ثلاثة جوانب تتفق مع ذلك الاتجاه الأكثر حذراً في تشخيص التخلف العقلي هي :

1- توسيع مجال التعريف ليصل إلى أبعد من مجرد استخدام محك وحيد يتمثل في نسبة الذكاء فقط .

2- استخدام الانخفاض في نسبة الذكاء على أنه حد فاصل في تشخيص التخلف العقلي.

3- النظر إلى التخلف العقلي على أنه حالة يمكن لها أن تتحسن، ولا يجب أن تكون بالضرورة حالة دائمة.

توسيع مجال التعريف:

كان من الشائع سابقاً أن يتم تشخيص الأطفال على أنهم متخلفون عقلياً على أساس نسبة ذكائهم فقط، أما الآن فيتم النظر إلى نسبة الذكاء على أنها لا تعد مقياساً دقيقاً لذلك، وأنها لا تزيد عن كونها مؤشر واحد فقط يدل على قدرة الفرد على الأداء الوظيفي العقلي. وقد رأى المختصون أن يراعوا المهارات التكيفية إلى جانب نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلي لأنهم أدركوا أن نسبة ذكاء بعض الأطفال قد تكون منخفضة ولكنهم مع ذلك يظلون منتبهين أو واعين، وقادرين على مسايرة الآخرين أو المواقف المختلفة كأن يتمكنوا من مسايرة الأقران أو تلك الوظائف التي قد يشتغلون بها بعد أن ينهوا المدرسة على سبيل المثال.

انخفاض الحد الفاصل لنسبة الذكاء:

من الشائع أن يتم تحديد درجة فاصلة على اختبار الذكاء لتكون مؤشراً للتخلف العقلي،

وقد كانت تلك الدرجة في السابق هي85 وهو الأمر الذي أقرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حتى منتصف السبعينيات من القرن الماضي حيث تم تحديد درجة فاصلة أخرى لتدل على التخلف العقلي تتراوح بين 70-75 وهو ما يتضمنه التعريف الحالي للتخلف العقلي الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي . وقد تمت في واقع الأمر زيادة تلك الدرجات من 70 إلى 75 وذلك لتعزيز تلك الفكرة التي ترى أننا لا يجب أن ننظر إلى نسبة الذكاء على أنها مقياس دقيق يدل على التخلف العقلي، وإذا كان الأمر كذلك فإنه ينبغي على المختصين أن يستخدموا بعض الأحكام الإكلينيكية في تفسيرهم لنسبة الذكاء حتى يتسنى لهم أن يصدروا حكماً دقيقاً في هذا الخصوص يمكننا أن نعول عليه .

التخلف العقلي كحالة يمكن أن تتحسن ويحتمل ألا تكون دائمة :

اعتقد الكثيرون في الماضي أنه من الصعب تحسين مستوى الأداء الوظيفي للأطفال المتخلفين عقلياً، كما نظروا إلى مثل هذه الحالة على أنها حالة ميئوس منها، ولا يوجد لها أي علاج. ولكنهم مع مرور الوقت أصبحوا أكثر تفاؤلاً وخاصة فيما يتعلق بتلك الآثار الإيجابية التي يمكن أن تنتج عن استخدام البرامج التربوية المختلفة في هذا الصدد. ومن هذا المنطلق فإنهم لم يعتقدوا أن الأداء الوظيفي لكل الأفراد المتخلفين عقلياً يمكن أن يتحسن فحسب، ولكنهم ذهبوا أيضاً إلى أبعد من ذلك حيث يرون أن بعض الأشخاص المتخلفين عقلياً وخاصة أولئك الذين تم تصنيفهم في مستوى التخلف العقلي البسيط يمكنهم في النهاية أن يتحسنوا إلى ذلك الحد الذي لا يعدون فيه من المتخلفين عقلياً. ويرى أولئك المختصون الذين يضطلعون بمهمة تطوير التعريفات المختلفة في الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي أن هذا الأمر إنما يرتبط بشكل مباشر بكم الدعم الذي يلقاه الطفل من بيئته، كما أنه يتوقف عليه تماماً حيث أنه إذا كان ذلك الدعم كافياً فإن حالته يمكن لها أن تتحسن، كما أنه قد يخرج

أصبح الخبراء أكثر حذراً في تشخيص التخلف العقلي المخطط التصنيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

عن نطاق المتخلفين عقلياً. وعلى هذا الأساس فقد لاقى موضوع الدعم أو المساندة اهتماماً كبيراً من جانب خبراء الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ووضعوا له مخططاً تصنيفياً معروفاً ومحدداً.

اعتمد المختصون في تصنيفهم للأشخاص المتخلفين عقلياً على مدى حدة أو شدة تخلفهم العقلي، وعلى ذلك فقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على مدى سنوات طويلة مصطلحات مثل التخلف العقلي البسيط، mild والتخلف العقلي المتوسط، moderate والتخلف العقلي الشديد، severe والتخلف العقلي الشديد جداً أو الحاد profound وذلك استناداً على نسبة ذكاء معينة تميز كل مستوى من مستويات التخلف العقلي المشار إليها. وعلى ضوء ذلك فعندما تتراوح نسبة الذكاء بين 50– 55 تقريباً إلى حوالي 70 فإن التخلف العقلي في مثل هذه الحالة يعرف بالبسيط، أما حينما تتراوح نسبة الذكاء بين 35– 40 تقريباً إلى حوالي 50– 55 فإن ذلك يعرف بالتخلف العقلي المتوسط، وعندما تتراوح نسبة الذكاء بين 20– 25 تقريباً إلى حوالي 35–40 فإن هذه الحالة تعرف بالتخلف العقلي الشديد، أما عندما تقل نسبة الذكاء عن 20– 25 تقريباً فإننا ننظر إلى مثل هذه الحالة على أنها تعرف بالتخلف العقلي الشديد جداً أو الحاد. وفي واقع الأمر فإن معظم المدارس ذات الصلة بمثل هذا الموضوع تعتمد في الوقت الراهن في تصنيفها للأطفال المتخلفين عقلياً على مثل هذه المصطلحات أو النسب الدالة عليها، وتأخذ بها، بل وتعمل بها في هذا الإطار.

ومع ذلك ففي عام 1992 أوصت الجمعة الأمريكية للتخلف العقلي بناء على ما رأته اللجنة الخاصة بالمصطلحات والتصنيفات المنبثقة عنها AAMR Ad Hoc Committee on Terminology and Classificationبترك هذا النسق التصنيفي القائم والانطلاق إلى نسق آخر لا يقوم مثله على نسبة الذكاء، ولكنه يعتمد بدلاً من ذلك على كم المساندة التي يحتاجها الشخص كي يصل أداؤه الوظيفي إلى حد مقبول أو يتسم بالكفاءة وذلك بقدر المستطاع. ووفقاً لذلك توجد أربعة مستويات للمساندة تعرف بمستويات المساندةlevels of support هي:

1– المستوى المتقطع intermittent.

2– المستوى المحدود limited .

3– المستوى الممتد أو الشامل extended.

4– المستوى العام pervasive.

في الواقع وفقاً لما تراه اللجنة المنبثقة عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR وما

أقرته هذه الجمعية ذاتها بناء على ذلك أسباب معينة وعديدة هي التي دفعت إلى مثل هذا التحول الذي طرأ، وهي التي جعلتهم يتحولون إلى الاعتماد على نسق التصنيف القائم في هذا الإطار على مستويات المساندة بدلاً من ذلك النسق الذي يقوم على مستويات الذكاء والذي يعد هو الأكثر انتشاراً من أهمها ما يلي:

1- أن هذا النسق يدل على أن الأشخاص المتخلفين عقلياً يمكنهم أن يحققوا نتائج إيجابية إذا ما تم تقديم خدمات المساندة الملائمة لهم.

2- أنه يتجنب الاعتماد على نسبة الذكاء فقط.

3- أنه يمكن أن يؤدي إلى أوصاف أكثر معنى عندما يتم التفكير فيها حال وضعها مع تلك المهارات التكيفية أو التي ترتبط بالسلوك التكيفي. وعلى ذلك فبدلاً من أن نقول أن هذا الشخص أو ذاك يعاني من تخلف عقلي شديد مثلاً يمكننا أن نقول أنه يعاني من درجة من التخلف العقلي تتطلب المساندة الممتدة أو الشاملة extensive في العناية بالذات، والحياة المنزلية، والعمل.

ويمكن أن نقوم بتوضيح مثل هذه المستويات الأربعة في الجدول التالي:

المستوى	الوصف
المتقطع **Intermittent**	يعتمد تقديم المساندة في هذا المستوى على أساس الطلب، وبالتالي فإنه كمستوى يتسم بطبيعته العَرَضية حيث لن يكون الفرد محتاجاً إلى مثل هذه المساندة على الدوام أو بصفة مستمرة. كما أن المساندات التي يتم تقديمها تتسم بأنها قصيرة المدى وفقاً لما يحتاجه الفرد خلال الفترات الانتقالية في حياته كما يحدث حال فقده لوظيفة كان يشغلها، أو مروره بأزمة صحية حادة على سبيل المثال. وعند تقديم مثل هذه المساندات المتقطعة فإنها تتسم بدرجة من الحدة تتراوح بين المرتفعة إلى المنخفضة.
المحدود **Limited**	تتسم المساندات في هذا المستوى بدرجة من الحدة تكون ثابتة مع مرور الوقت، كما أنها تكون محددة بوقت معين ولكنها مع ذلك لا تتسم بطبيعة متقطعة. وفضلاً عن ذلك فإنها قد تتطلب عدداً أقل من الأعضاء لتقديمها، كما تحتاج كذلك تكلفة أقل وذلك قياساً بالمستويات الأخرى الأكثر حدة من المساندة كالتدريب على وظيفة معينة الذي يتم تحديده بوقت معين، أو تلك المساندات الانتقالية التي يتم تقديمها في تلك الفترة التي تمتد من إنهاء المدرسة وحتى مرحلة الرشد على سبيل المثال.

الممتد أو الشامل **Extensive**	وتتسم المساندات في هذا المستوى بالمشاركة المنتظمة كأن تكون على أساس يومي على سبيل المثال وذلك في بعض البيئات على الأقل مثل بيئة العمل والبيئة المنزلية. كما أنها لا تكون محددة بوقت معين مما يجعلها تختلف عن المستوى السابق، وعادة ما تكون تلك المساندات من قبيل المساندة طويلة المدى في الحياة المنزلية.
العام **Pervasive**	تتسم المساندات التي يتم تقديمها في هذا المستوى بالثبات، والدرجة المرتفعة من الحدة، وتقديمها في البيئات المختلفة، كما تكون ذات طبيعة تتسم بالحفاظ على الحياة أي أنها تساعد الشخص المتخلف عقلياً على ذلك. ومن جانب آخر فإن هذه المساندة تتطلب عدداً أكبر من الأعضاء قياساً بالمستويين السابقين.

جدول (5-1) تصنيف التخلف العقلي بحسب مستويات المساندة

النقد الموجه للتعريف والمخطط التصنيفي المقدم من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

يعتقد بعض النقاد وغالبيتهم أعضاء في الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي كما يشير جرينسبان (1997) Geeenspan وسميث (1994) Smith وماكميلان وآخرون (1993).MacMillan et.al أن التخلف العقلي ما هو إلا حالة يمر الفرد بها، وهذا لا يعني بالضرورة أن تكون تلك الحالة دائمة وغير قابلة للتغيير . كما أن بعضهم من ناحية أخرى يتشكك في نسق التصنيف الذي يقوم على مستويات المساندة حيث يرون أن تصنيف الأفراد المتخلفين عقلياً بناء على مستوى حدة المساندة المقدمة لهم يعد أمراً صعباً، كما أنه من الصعب أيضاً تطوير أساليب ثابتة يمكن بموجبها قياس مستويات المساندة التي قد يحتاجها مختلف الأفراد في هذا الصدد .

ومن ناحية أخرى فإن هناك من النقاد من يرى أن فكرة الذكاء برمتها في مقابل المهارات التكيفية تحتاج إلى إعادة نظر إذ يرى جرينسبان (1997) Greenspan على سبيل المثال أنه لا يوجد نمط واحد للذكاء، بل هناك ثلاثة أنماط من الذكاء هي الذكاء التصوري،conceptual والذكاء العملي، والذكاء الاجتماعي. ويعتبر الذكاء التصوري من وجهة نظره بمثابة النظرة التقليدية للذكاء وهو ما يتم قياسه في الأساس باستخدام اختبارات الذكاء التي نصل من خلالها إلى تحديد نسبة ذكاء معينة للفرد. أما الذكاء العملي على الجانب الآخر فيشير إلى قدرة الفرد على أن يتصرف بشكل مستقل، وأن يؤدي أنشطة الحياة اليومية التي قد يمر بها

أو قد تواجهه بشكل منتظم، بينما يعني الذكاء الاجتماعي قدرة الفرد على تفسير السلوك الاجتماعي للآخرين، والتفاعل معهم بطريقة مقبولة اجتماعياً.

هذا وقد قامت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي كما يشير لوكاسون Luckasson(2000) بتشكيل لجنة لمراجعة ذلك التعريف الذي قدمته للتخلف العقلي إلى جانب النسق التصنيفي لتخلف العقلي والقائم على ما يعرف بمستويات الدعم أو المساندة، وهو ما أشرنا إليه من قبل. ونظراً لوجود عدد ضخم من أوجه النقد الذي تم توجيهه إلى تعريف التخلف العقلي الذي قدمته الجمعية عام 1992 فإنه من الأكثر احتمالاً أن نشهد تغيراً في هذا الصدد خلال الفترة القادمة.

ومن الجدير بالذكر أن هناك اثنتين من المنظمات المهنية البارزة والشهيرة قد عملتا على تبني تعريفات ومخططات تصنيفية تشبه في الأساس ذلك التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قبل عام 1992 حيث قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1996) American Psychological Association والجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (2000) بتعريف التخلف العقلي على أنه يتضمن نواحي قصور في كل من الأداء الوظيفي العقلي والأداء أو السلوك التكيفي. والأهم من ذلك أنهما قد استخدمتا ذلك التصنيف الذي أشرنا إليه سلفاً والذي يقسم المتخلفين عقلياً بحسب نسبة الذكاء إلى أربع فئات هي:

1- التخلف العقلي البسيط.

2- التخلف العقلي المتوسط.

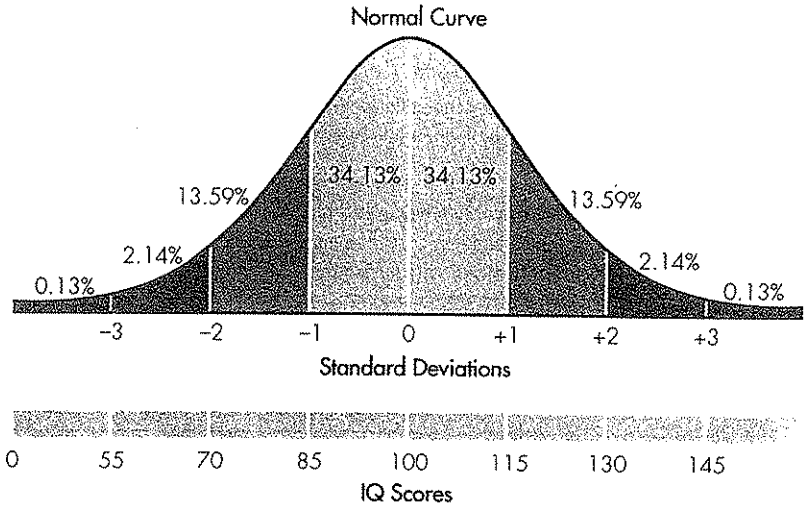
3- التخلف العقلي الشديد.

4- التخلف العقلي الشديد جداً أو الحاد.

ومما لا شك فيه أن تصنيف الأفراد على أنهم متخلفون عقلياً يعد أمراً ذات درجة عالية من الحساسية نظراً لما يمكن أن يترتب عليه من أمور مختلفة سواء للطفل ذاته أو والديه أو من يتعامل معه، وأن تلك الجهود التي يتم بذلها في سبيل الوصول إلى تعريف معين يرضي جميع الأفراد أو يرضي جميع الأطراف ما هو إلا ضرب من العبث أو أمر لا طائل منه. ومع ذلك فمن حسن الطالع أن جميع السلطات أو الهيئات توافق أو تجمع على أمر واحد هو أنه لا ينبغي تشخيص التخلف العقلي استناداً على نسبة الذكاء فقط كأساس وحيد لذلك، وبالتالي فإن الغالبية العظمى من المختصين لا يعتمدون في الوقت الراهن على هذا المعيار فحسب وهو ما يتضح من استعراض نسب انتشار التخلف العقلي.

نسبة انتشار التخلف العقلي

من المعروف أن الدرجة المتوسطة للذكاء هي 100 وذلك على مقياسي وكسلرWechsler وستانفورد- بينيه Stanford-Binet للذكاء، وأن الانحراف المعياري يساوي 15 على مقياس وكسلر، أما على مقياس ستانفورد- بينيه فيساوي 16 وهو ما يعني أنه يساوي 15 تقريباً. ومن الناحية النظرية فنحن نتوقع أن يكون هناك حوالي 2.7% من الأفراد تقل نسبة ذكائهم عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين على الأقل (أي تساوي 70 على النسخة الثالثة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال) - Wechsler Intelligence Scale for Children Revised WISC- III أو أكثر من ذلك. وفي الواقع يقوم هذا التوقع على افتراض أن الذكاء كغيره من السمات الإنسانية العديدة الأخرى يتوزع على امتداد منحنى اعتدالي. ويوضح الشكل (5-1) هذا المنحنى الاعتدالي الافتراضي للذكاء، وينقسم هذا المنحنى في الواقع إلى ثمانية أجزاء اعتماداً على الانحرافات المعيارية للدرجات التي يحصل الأفراد عليها. ومن الملاحظ في الطبعة الأخيرة من مقياس وكسلر وهي الطبعة الثالثة المعدلة أن الانحراف المعياري يساوي 15 نقطة، ومن ثم فإن حوالي 2.14 % من درجات الأفراد تقع بين 55-70 وأن حوالي 0.13 % من الدرجات تقل عن 55 . وبذلك يبدو أن حوالي 2.27% منهم تتراوح درجاتهم بين صفر- 70 نقطة تقريباً.



التوزيع النظري لنسب الذكاء على المنحنى الاعتدالي

ومع ذلك فإن الأرقام الحقيقية لنسب انتشار الأطفال المتخلفين عقلياً تقل عن ذلك بكثير

حيث كشفت نسب الانتشار في السنوات الأخيرة أنها تتراوح بين 1- 1.5 % تقريباً. وقد يرجع ذلك من وجهة نظر السلطات إلى وضع السلوك التكيفي في الاعتبار عند التشخيص أي إلى النظر لتعريف أشمل للتخلف العقلي، وعدم الاكتفاء بنسبة الذكاء فقط كمعيار وحيد للتشخيص. كذلك فإن هناك أدلة تؤكد كما يرى ماكميلان وآخرون MacMillan (1998) et.al. على أنه في تلك الحالات التي تقع فيها نسبة ذكاء الطفل بين 70- 79 ويكون بالتالي قريباً آنذاك من التخلف العقلي يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للآباء والمعلمين أن يقوموا بتشخيص ذلك الطفل في أغلب الحالات على أنه يعاني من صعوبات التعلم وليس على أنه متخلف عقلياً. وقد يرجع ذلك إلى أن نعت الطفل بصعوبات التعلم يعد أقل وصماً له قياساً بما يحدث حال نعته بالتخلف العقلي.

أسباب التخلف العقلي

يقدر معظم الخبراء منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي أن حوالي 10- 15% فقط من حالات التخلف العقلي كانت ترجع إلى أسباب معروفة. ومع ذلك فإن الخريطة الجينية للإنسان التي يقدمها مشروع الجينوم البشري تمدنا في الواقع بكم هائل من المعلومات التي ترتبط بأسباب التخلف العقلي، وإن كان هناك جدل كبير يدور حول هذه الأساليب المتطورة هي الأخرى. وكما سنوضح لاحقاً فإنه ليست كل الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي تعتبر ذات أصول جينية أو ترتبط بالوراثة. ومن ثم تتبقى هناك نسبة كبيرة من الحالات تصل إلى حوالي 50 % تقريباً لا يمكننا أن نحدد لها أسباباً معينة ومحددة تعد هي المسئولة عن تعرضها للتخلف العقلي.

وتصنف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي وفقاً لوقت حدوثها إلى ثلاث فئات أساسية كالتالي :

1- أسباب ما قبل الولادة prenatal.

2- أسباب أثناء الولادة perinatal.

3- أسباب ما بعد الولادة postnatal.

ويمكننا أن نقوم بتناول مثل هذه الأسباب على النحو التالي :

أولاً : أسباب ما قبل الولادة

يمكننا أن نقوم بتصنيف مجموعة الأسباب أو العوامل التي تنتمي جميعها إلى فترة ما قبل الولادة حيث تحدث خلال هذه المرحلة، ويكون من شأنها أن تؤدي إلى التخلف العقلي وذلك في عدة فئات كما يلي:

- الاضطرابات الكروموزومية .
- الأخطاء أو المشكلات الولادية التي تتعلق بعملية الأيض.
- الاضطرابات النمائية التي تؤثر على تكوين المخ.
- المؤثرات البيئية.

وسوف نعرض لهذه الأسباب أو العوامل بالتفصيل على النحو التالي:

1- الاضطرابات الكروموزومية: Chromosomal Disorders

بذل العلماء جهوداً مضنية كما يرى دايكنز وآخرون (Dykens et.al.(2000 لتحديد تلك الأسباب الجينية التي تعد مسئولة عن حدوث التخلف العقلي حتى أن عدد المتلازمات الجينية المرضية التي تم تحديدها على أنها تعتبر بمثابة أسباب للتخلف العقلي قد وصل إلى سبعمائة وخمسين متلازمة مرضية على الأقل. وتوجد في الواقع عدة متلازمات تأتي في مقدمة تلك المتلازمات المرضية، وتعد من أكثرها شيوعاً هي :

- متلازمة أعراض داون Down`s syndrome.
- متلازمة وليامز Williams` syndrome .
- متلازمة الكروموزوم Xالهش Fragile X syndrome.
- متلازمة برادر- ويلي Prader-Willi syndrome .

ويمكن أن نتناول هذه المتلازمات كما يلي:

أ- متلازمة أعراض داون:

هناك العديد من المتلازمات المرضية الجينية التي لا تنتقل بالوراثة، والتي لا تعتبر بالتالي حالات وراثية. وتعد متلازمة أعراض داون من أشهر المتلازمات المرضية من هذا النوع، وإن كانت تمثل كياناً مستقلاً عن التخلف العقلي في أسبابها، والخصائص المميزة لها، ومعدلات انتشارها، ولكنها كالتخلف العقلي تعتبر أحد أنماط الإعاقات العقلية. وتنتج هذه المتلازمة عن حدوث شذوذ في الكروموزوم رقم 21 بحيث يكون بالنسبة للغالبية العظمى من الحالات التي تتعرض لها والتي تقدر بحوالي 95% تقريباً منهم ثلاثياً مما يجعلنا نشير إليه في هذه الحالة على أنه شذوذ كروموزومي في الكروموزوم رقم 21 (Trisomy 21)، كما قد تنتج لدى حوالي 4% من الحالات عن انتقال الكروموزوم 21 أو جزء منه من مكانه والتصاقه في الغالب بالكروموزوم رقم 14، أما فيما يتعلق بالنسبة الباقية والتي تبلغ 1% تقريباً فإنها تجمع بين

تتسم متلازمة أعراض داون بخصائص جسمية مميزة

الحالتين السابقتين. وتعتبر متلازمة أعراض داون كما يشير بيرن- سميث وآخرون Beirne-Smith et.al. (1998) هي أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً التي تؤدي إلى التخلف العقلي عند الميلاد وذلك لدى نسبة تتراوح بين 5- 6% تقريباً من كل حالات التخلف العقلي.

وعلى ذلك ينبغي ألا نخلط بين التخلف العقلي ككيان مستقل وبين متلازمة أعراض داون ككيان مستقل آخر وإن اجتمعا معاً في كونهما نمطين من أنماط الإعاقة العقلية، ولكن يظل لكل منهما كما أشرنا من قبل أسبابه، والخصائص الدالة عليه حيث هناك خصائص جسمية مستقلة ومميزة تختلف في عددها من فرد إلى آخر. فالأفراد من ذوي متلازمة أعراض داون قد توجد لديهم كما يشير هانتر Hunter (2001) بعض الثنيات الكثيفة في ركن العين مما يجعل عينيهم تنحرفان إلى أعلى قليلاً، كما يتسمون أيضاً بقوامهم الصغير، وارتخاء عضلاتهم، والمرونة الزائدة لمفاصلهم، وصغر التجويف الفمي لديهم مما يؤدي إلى تدلي ألسنتهم من أفواههم. وإلى جانب ذلك فهم يتسمون بصغر راحة أيديهم، وعرضها، ووجود خط واحد بها يعرف بالخط القردي، ووجود عيوب بالقلب، وتعرضهم المستمر للعدوى التي تصيب الجزء العلوي من جهازهم التنفسي، كما يكونون أكثر عرضة للإصابة باللوكيميا. وتعتبر كل هذه الخصائص كما نعلم من الخصائص المميزة لذوي متلازمة أعراض داون فقط وليس أي حالة أخرى من التخلف العقلي، كما أن الأسباب التي تؤدي إلى حدوث تلك المتلازمة إنما تنحصر في الشذوذ الجيني فقط بعكس التخلف العقلي ككيان مستقل حيث تتباين أسبابه بين أسباب قبل وأثناء وبعد الولادة.

ويشير ويسنيويسكي وآخرون Wisniewski et.al. (1994) وهوف وآخرون Hof(1995) et.al. إلى أن هناك أدلة على وجود علاقة بين متلازمة أعراض داون ومرض

الزهايمرalzheimer حيث توضح نتائج تلك الدراسات التي أجريت في هذا الإطار أن ذوي متلازمة أعراض داون عندما يصلون إلى الخامسة والثلاثين من أعمارهم يكون لديهم شذوذ في المخ يشبه بدرجة كبيرة جداً ما يوجد لدى مرضى الزهايمر. إلا أن الأعراض السلوكية كضعف الذاكرة، ومشكلات الكلام يكون من الصعب رصدها نظراً لانخفاض القدرة المعرفية لذوي متلازمة أعراض داون في المقام الأول. ومع ذلك توضح نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد ما يلي:

1- أن نسبة انتشار الخرف والشيخوخة بين ذوي متلازمة أعراض داون يتراوح بين 10- 15% تقريباً للأفراد في المرحلة العمرية 40- 50 سنة.

2- أن متوسط العمر الذي تظهر فيه تلك الأعراض لديهم يتراوح بين 50- 55 سنة.

3- أن نسبة انتشاره لمن تصل أعمارهم إلى 60- 70 سنة منهم تصل 75% تقريباً وذلك كما يرى سلومكا وبيركلي (1997) Slomka&Berkley وفيسر وآخرون (1997) Visser et.al..

4- أن العلماء قد وجدوا من ناحية أخرى كما يشير بينيل (2000) Pinel أن بعض أنواع من الزهايمر ترتبط بتلك التغيرات التي تطرأ على الكروموزوم رقم 21 .

وجدير بالذكر أن درجة التخلف العقلي تتباين بشكل كبير بين ذوي متلازمة أعراض داون وإن كان غالبيتهم يقعون في مستوى التخلف العقلي المتوسط مع وجود بعضهم في مستوى التخلف العقلي البسيط حيث يتراوح مستوى ذكائهم بين التخلف العقلي البسيط والمتوسط، ونادراً جداً ما نجد بينهم من تقل نسبة ذكائه عن ذلك وهو الأمر الذي يمكن أن يرجع إلى ما يتم تقديمه لهم من برامج التربية الخاصة.

هذا ويزداد احتمال ولادة طفل من هذه المتلازمة مع زيادة عمر الأم حيث نجد على سبيل المثال أنه بالنسبة للأم التي تبلغ الخامسة والأربعين من عمرها يبلغ احتمال ولادتها لطفل من هذه المتلازمة 1-30 . ويشير العلماء إلى وجود عوامل أخرى بجانب عمر الأم تعد أسباباً محتملة لذلك منها على سبيل المثال عمر الأب، والتعرض للإشعاع، والتعرض لبعض الفيروسات. ومع ذلك فلا يزال البحث حول هذه العوامل المحتملة لتلك المتلازمة في مراحله الأولى، وهو الأمر الذي يجعلنا لا نزال بناء على ذلك في حاجة لمزيد من الوقت وإجراء المزيد من البحوث حتى يتم التأكد من دورها وأثرها في هذا الإطار.

وهناك في واقع الأمر أربع طرق تعد بمثابة اختبارات تصفية يمكن بموجبها التعرف على متلازمة داون أثناء الحمل هي :

- فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم amniocentesis.
- فحص عينة من الزغب المحيط بالمشيمة chorionic villus sampling CVS.
- عمل أشعة صوتية للجنين sonography.
- فحص مصل دم من الأم maternal serum screening MSS.

ومن الملاحظ أنه عند فحص السائل المحيط بالجنين في رحم الأم يأخذ الطبيب عينة من ذلك السائل الذي يوجد في الكيس المحيط بالجنين، ويحلل خلايا الجنين ليتعرف على أي شذوذ كروموزومي يمكن أن يحدث. كذلك يتم فحص هذا السائل للتعرف على وجود البروتينات التي تتسرب من العمود الفقري للجنين مما يدل على حدوث انشقاق النخاع spina bifida وهي حالة لا تستطيع عظام العمود الفقري خلالها أن تلتئم بشكل مناسب خلال فترة نمو الجنين. أما بالنسبة للاختبار الثاني والذي يتمثل في فحص عينة من الزغب المحيط بالمشيمة CVS فيأخذ الطبيب عينة من ذلك الزغب المحيط بالمشيمة ويختبرها حتى يتأكد من وجود أو عدم وجود شذوذ كروموزومي. ومن مزايا هذا الاختبار أنه يمكن القيام به في وقت مبكر من الحمل وذلك قياساً بفحص السائل المحيط بالجنين في الرحم، بينما يقوم الطبيب في حالة الأشعة الصوتية بتحويل الموجات الصوتية عالية التردد إلى صور للجنين حتى يتعرف على أي تكوينات جسمية خاطئة للجنين كانشقاق النخاع على سبيل المثال. وعلى الرغم من أن هذا الاختبار يعتبر أقل في دقته من الاختبارين السابقين فإنه يسمح للطبيب باكتشاف متلازمة أعراض داون من خلال قياسات العمود الفقري. أما في الاختبار الأخير فيتم أخذ عينة دم من الأم وفحصها للتأكد من وجود عناصر معينة تدل على احتمال حدوث انشقاق النخاع أو متلازمة أعراض داون. وإذا كانت النتيجة إيجابية يوصي الطبيب بإجراء اختبار أكثر دقة كالاختبارين الأول والثاني على سبيل المثال .

ب- متلازمة أعراض وليامز: Williams` Syndrome

يشير دايكنز وآخرون Dykens et.al. (2000) إلى أن هذه المتلازمة تحدث في الأساس بسبب عدم وجود مادة جينية في الكروموزوم السابع. ومن المعروف أن متوسط نسبة الذكاء للأفراد من هذه المتلازمة يتراوح بين 50– 60 أي أن غالبية هؤلاء الأفراد يعدون في مستوى التخلف العقلي البسيط. ومع ذلك فهناك حالات يقل أو يرتفع فيها معدل الذكاء عن تلك النسبة، كما توجد بعض الحالات النادرة التي يقترب معدل الذكاء فيها من المدى الطبيعي أو العادي. وفضلاً عن ذلك فإنه غالباً ما يتعرض هؤلاء الأفراد لعيوب في القلب، كما يتسمون

بحساسيتهم غير العادية للأصوات، وملامحهم الوجهية غير العادية أيضاً والتي تعرف بالملامح الجنية فالأنف أفطس وصغير، والعيون منتفخة، والأذن بيضاوية، والفم واسع، والشفتان عريضتان، والذقن صغيرة.

جـ- متلازمة الكروموزم X الهش :Fragile X Syndrome

تعتبر هذه المتلازمة هي أكثر سبب وراثي معروف وشائع يؤدي إلى التخلف العقلي كما يرى هاجرمان (2001) Hagerman. وحينما تؤدي هذه المتلازمة إلى التخلف العقلي فإنها تحدث كما يشير تيرنر وآخرون (1996) .Turner et.al بنسبة تصل إلى (1) لكل أربعة آلاف حالة ولادة من البنين، كما تحدث لدى نصف هذا العدد فقط من الإناث. أما حينما تؤدي إلى حالات قصور معرفية أبسط كصعوبات التعلم على سبيل المثال فإن معدل انتشارها يصل إلى (1) لكل ألف حالة ولادة. وكما يتضح من اسمها فإن هذه المتلازمة أو القصور الذي يحدث فيها يرتبط بالكروموزوم رقم 23 ومن المعروف أن هذا الكروموزوم بالنسبة للذكور يضم زوجاً من الكروموزومات هما X , Y أما بالنسبة للإناث فكلاهما يكون X. وقد سمي هذا الاضطراب بالكروموزوم X الهش نظراً لأن الجزء السفلي من الكروموزوم X بالنسبة للأفراد المصابين بهذا الاضطراب يتعرض للانحلال في بعض خلايا الدم. ونظراً لأن الإناث يكون لديهن كروموزوم X إضافي فإن ذلك يعطيهن حماية أفضل ضد هذا الانحلال الذي يتعرض له الكروموزوم إذا ما تعرض أحد هذين الكروموزومين للتلف أو الضمور، ومن ثم يحدث هذا الاضطراب بين الإناث بدرجة أقل بكثير منه لدى الذكور. وقد تتطور بعض الخصائص الجسمية لدى الأفراد الذين يصابون بهذا الاضطراب من بينها كبر حجم الرأس، وكبر الأذن وانبساطها، أما الوجه فيكون طويلاً ورفيعاً، والجبهة بارزة، والأنف عريض، والذقن بارزة ومربعة، والأصابع غير مستدقة الأطراف، وراحة اليد عريضة، والخصيتان كبيرتان. وعلى الرغم من أن هذه الحالة غالباً ما تؤدي إلى التخلف العقلي المتوسط وليس الشديد فإن الآثار التي يمكن أن تترتب عليها تتباين بشدة فتكون أوجه القصور المعرفية أقل حدة لدى بعض الأفراد، كما أن بعض المصابين به وخاصة من الإناث يحصلون على درجات في المعدل العادي للذكاء.

د- متلازمة برادر- ويلي: Prader-Willi Syndrome

يرث الأفراد المصابين بهذه المتلازمة من الأب نقص المادة الجينية في الكروموزوم رقم 15 كما يرى دايكنز وآخرون (2000).Dykens et.al. وهناك طوران متميزان لهذه المتلازمة حيث

يتسم الأطفال بالكسل والسبات، ويجدون صعوبة في تناول الطعام، ومع ذلك فعندما يصل عمر الطفل حوالي عام تقريباً فإنه يصبح مشغولاً بالطعام بشكل قهري، ومن ثم فإن هذه المتلازمة تعد في الواقع سبباً جينياً يؤدي إلى السمنة. وعلى الرغم من أن الميل للسمنة تعتبر هي أخطر مشكلاتهم الصحية فإنهم يعدون معرضين أيضاً لمجموعة من المشكلات الصحية الأخرى، ويتضمن ذلك قصر قوامهم بسبب قصور في هرمونات النمو. وإلى جانب ذلك هناك مشكلات في القلب، واضطرابات النوم مثل النعاس المفرط أثناء النهار، والاختناق أثناء النوم sleep apnea أي توقف التنفس تماماً أثناء النوم، والزَّوَر أو الجَنَف scoliosis أي تقوس العمود الفقري وانحناؤه. هذا وتتباين درجة ومستوى التخلف العقلي الناتج عن هذا الاضطراب، إلا أن مستوى ذكاء غالبية الأفراد الذين يعانون من هذه المتلازمة يقع في حدود التخلف العقلي البسيط.

2- أخطاء أو مشكلات ولادية في عملية الأيض :

تنتج مثل هذه الأخطاء أو المشكلات من حدوث قصور معين في تلك الأنزيمات التي تستخدم في التمثيل الغذائي للمواد الأساسية بالجسم كالأحماض الأمينية amino acids أو المواد الكربوهيدراتية،أو الفيتامينات، أو العناصر الاستشفافية التي يمكن تتبعها خلال العمليات البيولوجية أو الكيميائية. ويعتبر الفينيلكيتونوريPKU phenylketonuria هو أكثر هذه الأنماط شيوعاً، ويتضمن عدم قدرة الجسم على تحويل مادة غذائية عامة أو شائعة هي الفينيلالنين phenylalanine إلى تيروسين tyrosine مما يترتب عليه تجمع الفينيلالنين وهو الأمر الذي يؤدي بدوره إلى حدوث نمو شاذ أو غير طبيعي للمخ. وجدير بالذكر أن جميع الولايات في أمريكا تهتم في الوقت الراهن بإجراء الفحوص اللازمة لذلك بالنسبة لجميع المواليد قبل أن يغادروا المستشفى، ومن تثبت إصابته يتم تحديد نظام غذائي خاص به كي يعمل على منع حدوث التخلف العقلي. وكان يظن البعض أن بإمكاننا أن نتوقف عن الاستمرار في اتباع النظام الغذائي المحدد في الطفولة الوسطى، إلا أن السلطات المختصة قد أعلنت أنه يجب الاستمرار في اتباع ذلك النظام الغذائي وعدم التوقف عنه بالمرة وذلك لسببين هامين يتمثلان فيما يلي:

- أن من يتوقف عن اتباع مثل هذا النظام الغذائي يصبح أكثر عرضة لحدوث صعوبات التعلم أو أي مشكلات سلوكية أخرى.
- أن أكثر من 90% تقريباً من الأطفال الذين يولدون لأمهات تعانين من هذا الاضطراب والذين يتوقفون عن اتباع ذلك النظام الغذائي المحدد سوف يؤدي بهم ذلك إلى التخلف العقلي، وقد يتعرضون بجانب ذلك إلى بعض أمراض القلب(The Arc, 2001).

3- الاضطرابات النمائية التي تؤثر على تكوين المخ:

هناك العديد من الحالات التي يتعرض الأطفال لها والتي يتسم بعضها بأنها حالات وراثية تصاحب بعض المتلازمات الجينية في حين يحدث بعضها الآخر بسبب حالات أخرى كالعدوى على سبيل المثال وهو ما يمكن أن يؤثر على تكوين المخ ونموه، ويؤدي بالتالي إلى التخلف العقلي. ومن أكثر الأمثلة على ذلك شيوعاً صغر الدماغ microcephalus واستسقاء الدماغ hydrocephalus . وإذا ما نظرنا إلى هاتين الحالتين فإننا نجد في الحالة الأولى أي صغر الدماغ أن الرأس تكون صغيرة بصورة شاذة، كما تكون مخروطية الشكل، وعادة ما يتراوح التخلف العقلي الذي ينتج عن هذه الحالة بين التخلف العقلي الشديد والشديد جداً أو الحاد. ولا يوجد أي علاج لصغر الدماغ، كما أن احتمالات حياة الطفل في تلك الحالة تكون محدودة وهو الأمر الذي أشار إليه تقرير المعهد القومي الأمريكي للاضطرابات النيورولوجية والسكتة الدماغية (National Institute of Neurological Disorders and Stroke.(2001 بينما ينتج استسقاء الدماغ على الجانب الآخر من تجمع السائل المخي الشوكي داخل أو خارج المخ. ويؤدي اعتراض دورة هذا السائل إلى الضغط المفرط على المخ، وإلى كبر حجم الجمجمة. أما درجة التخلف العقلي في تلك الحالة فتعتمد على مدى البكور في تشخيص الحالة وعلاجها. ويتضمن العلاج المحدد لمثل هذه الحالة علاجاً طبياً يقوم على عملية بزل لهذا السائل عن طريق وضع أنبوبة يتم بواسطتها سحب السائل الزائد من المخ خلال ذلك المخرج الذي عادة ما يكون خلف الأذن أو في الرقبة.

4- المؤثرات البيئية:

هناك العديد من العوامل البيئية التي تؤثر على الأم الحامل، وبالتالي تؤثر على نمو الجنين الذي تحمله. ويعتبر سوء تغذية الأم مثالاً لهذه العوامل، فإذا لم تحافظ الأم الحامل على تناول غذاء صحي فإن نمو مخ الجنين سوف يتأثر سلباً بذلك. وعلى الرغم من أن التخلف العقلي الذي ينتج عن سوء تغذية الأم الحامل يعد شائعاً في الدول النامية فإن له تأثيراً واضحاً في الولايات المتحدة الأمريكية أيضاً وخاصة بين الجماعات الفقيرة.

ومن ناحية أخرى فإننا اليوم نعتبر أكثر وعياً بتلك الآثار الضارة لمجموعة متنوعة من المواد المختلفة تتراوح بين المكونات السامة ذات الأثر الواضح مثل الكوكايين والهيروين إلى المواد السامة الأخرى التي يعد تأثيرها غير ظاهر كالتبغ والكحوليات. وقد تعرض الباحثون على وجه الخصوص إلى متلازمة أعراض الكحوليات بالنسبة للجنينfetal alcohol syndrome FAS كمشكلة صحية خطيرة يتعرض لها الأجنة الذين تتعاطى أمهاتهم كميات

كبيرة من الكحوليات كما يشير بوميستر وودلي- زانتوس (1996) Baumeister &Woodley-Zanthos. وسوف نتعرض لذلك مرة أخرى في الفصل الثاني عشر. ومن الملاحظ أن الأطفال الذين يعانون من هذه المتلازمة يتسمون بالعديد من نواحي القصور الجسمية إلى جانب التخلف العقلي. وهناك من الأدلة ما يؤكد على أن الأمهات اللائي كن تتعاطين الكحوليات بشكل معتدل أثناء فترة حملهن يعاني أطفالهن من درجة أكبر من الشذوذ في سلوكياتهم على الرغم من عدم ظهور الأعراض الكاملة لهذه المتلازمة عليهم.

ونظراً لتلك المخاطر الشديدة التي يخلفها الإشعاع على الأجنة يحرص الأطباء بشكل كبير على عدم تعرض الأمهات الحوامل للأشعة السينية X rays ما لم يكن في ذلك ضرورة ملحة، ولا يمكن تجنبها. وقد أصبح عامة الشعب منذ سبعينيات القرن الماضي على علم تام بتلك الأخطار المحتملة التي تترتب على التعرض للإشعاع سواء من أجهزة الأشعة أو من الوحدات المختلفة للطاقة النووية.

وإلى جانب ذلك فإن تعرض الأم الحامل للعدوى يمكن أن يؤثر سلباً على نمو الجنين، ويؤدي في ذات الوقت إلى التخلف العقلي، فالحصبة الألمانيةrubella, German measles على سبيل المثال بجانب كونها سبب محتمل للإعاقة البصرية يمكن أن تؤدي كذلك إلى التخلف العقلي، وتعتبر أكثر خطورة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.

ثانياً : أسباب أثناء الولادة

هناك مجموعة من المشكلات يمكن أن تحدث أثناء عملية الولادة، ويمكن أن تؤدي إلى حدوث ضمور في خلايا المخ، وبالتالي فإنها تؤدي حتماً إلى التخلف العقلي. فعلى سبيل المثال إذا لم يكن الجنين على الوضع الصحيح في الرحم عند الولادة فإن ذلك من شأنه أن يعرضه لإصابات الدماغ أثناء عملية الولادة. ويمثل الاختناق anoxia أو عدم وصول الأكسجين كلية إلى المخ إحدى المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة وذلك بسبب أي صعوبة يمكن أن تحدث آنذاك.

وجدير بالذكر أن هناك حالة أخرى يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي كما يرى تايلور وآخرون(2000) .Taylor et.al صنفتها الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على أنها سبب من تلك الأسباب التي تحدث أثناء الولادة، وتؤدي إلى ذلك. وتتمثل هذه الحالة في انخفاض وزن الطفل عند الولادة low birthweight والتي تعد بمثابة حالة يمكن أنتؤدي إلى مجموعة من المشكلات الصحية والسلوكية بما فيها التخلف العقلي. ونظراً لأن معظم أولئك الأطفال الذين يعدون منخفضي الوزن عند الولادة يكونون من المبتسرين فإن المصطلحين المستخدمين هنا

وهما "منخفضي الوزن عند الولادة " و "المبتسرين" غالباً ما يتم استخدام كل منهما ليكون مرادفاً للآخر. ويتحدد انخفاض الوزن عند الميلاد بأنه يساوي حوالي 5.5 رطلاً أو أقل، أي حوالي 2.5 كيلوجرام حيث يساوي الرطل 453 جراماً. وعادة ما يرتبط انخفاض الوزن عند الميلاد بمجموعة من العوامل التي يمكن أن تتعرض الأم الحامل لها من أهمها ما يلي:

1- سوء التغذية.

2- الحمل أثناء فترة المراهقة.

3- إساءة استخدام العقاقير.

4- التدخين المفرط للسجاير.

ومن ناحية أخرى فإن العدوى كالزهري syphilis والهربز herpes يمكن أن تنتقل من الأم إلى الطفل أثناء الولادة. ويمكن لمثل هذه الأمراض التناسلية أن تؤدي إلى التخلف العقلي علماً بأن الهربز لا يعد مرضاً تناسلياً إلا إذا أثر على الجهاز التناسلي.

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة

يمكننا أن نجمع أسباب التخلف العقلي التي يمكن أن تحدث بعد الولادة في فئتين اثنتين تضم الأولى تلك الأسباب ذات الطبيعة البيولوجية، بينما تضم الثانية تلك الأسباب ذات الطبيعة الاجتماعية، وهو ما يتضح في النقاط التالية .

1- الأسباب البيولوجية :

هناك العديد من الأمثلة للأسباب البيولوجية التي تحدث بعد الولادة وتؤدي إلى التخلف العقلي من أهمها ما يلي:

- إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات الشديدة.
- العدوى .
- سوء التغذية .
- التسمم .

وتشير إصابات الدماغ تلك إلى الإصابات التي تنتج عن اصطدام الرأس بأجسام صلبة، أو الحوادث الخطيرة، أو ارتجاج المخ. وسوف نناقش ذلك بالتفصيل في الفصل الحادي عشر. كما أن التهاب السحايا أو التهاب أغشية السحايا meningitis والتهاب الدماغencephalitis يعتبران مثالين للعدوى التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي حيث

يعد التهاب السحايا بمثابة التهاب لأغشية المخ يمكن أن يحدث بسبب بعض العوامل البكتيرية أو الفيروسية، أما التهاب الدماغ فهو عبارة عن تضخم للمخ يؤدي في الغالب إلى التخلف العقلي، وعادة ما يؤثر سلباً على الذكاء وذلك بشكل شديد للغاية. ويعد التسمم بالرصاص هو أحد حالات التسمم التي ترتبط بالتخلف العقلي. وعلى الرغم من أن استخدام الرصاص في الطلاء قد أضحى ممنوعاً الآن فإن تسمم الأطفال بالرصاص يعود في الغالب إلى أكلهم لتلك الشرائح التي يكون قد تم طلاؤها بالرصاص وخاصة في المناطق الفقيرة. ومع ذلك فإن التسمم بالرصاص يختلف في تأثيره على الأطفال، ويمكن أن تؤدي المستويات العليا منه إلى الوفاة. ومن الملاحظ أن الحكومة الفيدرالية قد طلبت من صانعي السيارات أن يقوموا في الوقت الراهن بإنتاج سيارات تستخدم فقط الجازولين الخالي من الرصاص وذلك لخفض أو تقليل مخاطر استنشاق جزئيات الرصاص من عادم هذه السيارات.

2- الأسباب النفسية الاجتماعية:

من الجدير بالذكر أن الأطفال الذين تتم تنشئتهم في ظروف بيئية رديئة يعدون في خطر يعرضهم للتخلف العقلي. ومن الواضح أن الحالات المتطرفة من إساءة المعاملة، أو الإهمال، أو نقص الإثارة يمكن أن تؤدي كذلك إلى التخلف العقلي. ومع ذلك تعتقد معظم السلطات أن الأنماط الأقل حدة من الحرمان البيئي يمكن لها أيضاً أن تؤدي إلى التخلف العقلي البسيط. وفي الواقع فإن العديد من السلطات تعتبر أن البيئة التي لا تقدم للطفل الإثارة المطلوبة تعد بمثابة أحد الأسباب الرئيسية إن لم تكن أكثر تلك الأسباب أهمية التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي البسيط. ونظراً لأن معظم الأشخاص المتخلفين عقلياً غالباً ما يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي البسيط فإن هذا يعني بالطبع أن القصور النفسي الاجتماعي يعتبر أحد الأسباب التي تؤدي إلى التخلف العقلي.

ولما كانت البيئة تلعب دوراً حيوياً في رعاية النمو العقلي المعرفي فإننا نرى أنه من المستحيل أن نعزل تأثيرها عن المؤثرات الجينية أو الوراثة. ويعتبر التخلف العقلي الوراثي الأسري cultural-familial mental retardation بمثابة مصطلح هام يتعلق بمثل هذه الأسباب البيئية أو الوراثية للتخلف العقلي أو كليهما معاً. وعادة ما يستخدم البعض هذا المصطلح للإشارة إلى ذلك الشخص الذي يعاني من درجة بسيطة من التخلف العقلي والذي يتسم بما يلي:

أ - لا يوجد أي دليل على حدوث ضمور بالمخ لديه.

ب- أن أبويه يتسمان أيضاً بتخلفهما العقلي البسيط.

جـ- يتسم أخوته كذلك بالتخلف العقلي البسيط (إذا كان له أخوة).

د - من المحتمل بالنسبة له عندما يتزوج أن ينجب أطفالاً متخلفين عقلياً من المستوى البسيط .

ومن المعروف أن المختصين يستخدمون هذا المصطلح في الوقت الراهن على نطاق واسع ليدل على التخلف العقلي البسيط الذي قد يرجع إلى تلك البيئة التي لا تقدم للطفل المثيرات المطلوبة أو الملائمة، والتي لا يجب أن تتضمن بالضرورة أساليب التنشئة الوالدية غير الملائمة، كما أنه قد يرجع أيضاً إلى مجموعة من العوامل الوراثية غير المحددة، أو قد يرجع من جانب آخر إلى هاتين المجموعتين من العوامل أي البيئية والوراثية والتي شهد تأثير كل منهما على الفرد جدلاً موسعاً على مدى سنوات عديدة حتى انتهى الأمر إلى أنه لا يوجد لأحدهما أثر أكبر من الآخر، بل إن التفاعل بينهما هو الأهم في هذا الصدد.

وقد اعتقد الكثيرون على مدى سنوات عديدة أن العوامل الاجتماعية أو البيئية تعد هي السبب الذي يكمن خلف الغالبية العظمى من حالات التخلف العقلي البسيط، بينما نجد أن العوامل البيولوجية أو العضوية تعتبر هي سبب حالات التخلف العقلي الأكثر شدة. ومع ذلك فقد اعتقدت السلطات في الآونة الأخيرة كما يشير دايكنز وآخرون Dykens et.al.(2000) أن العديد من حالات التخلف العقلي البسيط إنما ترجع إلى متلازمات مرضية جينية معينة حيث هناك العديد من الحالات التي أدت إليها متلازمة أعراض برادر- ويلي Prader-Willi ومتلازمة أعراض وليامز Williams إضافة إلى متلازمة أعراض كروموزوم X الهش لدى البنات والتي تعاني جميعها كحالات من التخلف العقلي البسيط. كما أن ناك اعتقاد بأن المستقبل القريب سوف يشهد اكتشاف متلازمات مرضية جينية جديدة كأسباب يمكن أن تؤدي كذلك إلى التخلف العقلي البسيط.

أما عن معدلات انتشار التخلف العقلي الثقافي الأسري فإنها قد لا تقترب بأي حال من الأحوال من تلك النسبة التي تم الإبلاغ عنها والتي تصل إلى حوالي 75%، ولكن معدل انتشاره الفعلي قد يقل عن ذلك بشكل دال حيث نجد أن أولئك الأفراد ذوي الدرجات البسيطة من التخلف العقلي يتم تشخيصهم في الغالب على أنهم يعانون من متلازمات مرضية جينية معينة حيث نجد أن الغالبية العظمى ممن يعانون من تلك المتلازمات يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط، ونادراً جداً ما نجد بينهم من يقل مستوى ذكائه عن ذلك المستوى. وبذلك فإن العلاقة السابقة التي قامت بين نسبة الذكاء المنخفضة الناتجة عن أسباب عضوية للتخلف العقلي ونسبة الذكاء المرتفعة نسبياً (قياساً

بالحالة السابقة) المرتبطة بالتخلف الناتج عن أسباب بيئية لم تعد على نفس الدرجة من الوضوح.

تقييم التخلف العقلي: Assessment

مما لا شك فيه أننا لكي نقوم بتشخيص حالة معينة على أنها تعاني من التخلف العقلي أم لا يصبح لزاماً علينا أن نقوم بتقييم مجالين أساسيين هما الذكاء، والمهارات التكيفية. وإذا ما أردنا أن نقوم بتقييم الذكاء يصبح من الضروري أن يقوم أحد المختصين بتطبيق أحد اختبارات الذكاء الفردية على الطفل، وإذا ما أردنا أن نقوم بتقييم المهارات التكيفية للطفل فيقوم أحد الوالدين أو أحد المختصين الذين يعدون على دراية بالطفل بالاستجابة (نيابة عن الطفل) على مقياس للمهارات التكيفية المختلفة.

1- اختبارات الذكاء :

هناك العديد من الأنواع التي تضمها اختبارات الذكاء، ونظراً للدقة التي تتسم بها مثل هذه الاختبارات إلى جانب قدرتها التنبؤية فإن العديد من المختصين يفضلون الاختبارات الفردية على الاختبارات الجماعية. وفي الواقع يوجد اختباران يعتبران هما أكثر اختبارات الذكاء للأطفال شيوعاً واستخداماً هما :

أ- الطبعة الرابعة من مقياس ستانفورد- بينيه Stanford-Binet للذكاء التي أعدها ثورندايك وهاجن وساتلر (1986) Thorndike, Hagen, & Sattler.

ب- النسخة الثالثة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال التي أعدها وكسلر عام 1991 Wechsler Intelligence Scale for Children-III Revised (WISC-III)

ويعتبر هذان الاختباران من النوع اللفظي وذلك على الرغم من أن اختبار وكسلر يهدف إلى قياس الجانبين اللفظي والأدائي في ذات الوقت، وبالتالي فهو يتضمن اختبارين أساسيين يقيس أحدهما الذكاء اللفظي، بينما يقيس الآخر الذكاء العملي أو الأدائي، كما يضم كل منهما بعض الاختبارات الفرعية. وهناك درجة كلية للاختبار تجمع بين درجة الطفل في هذين الجانبين أو الاختبارين الأساسيين.

وإلى جانب ذلك هناك اختبار آخر للذكاء شائع نسبياً هو بطارية كوفمان للأطفال التي أعدها كوفمان وكوفمان (1983).Kaufman & Kaufman والتي تعرف باسم بطارية كوفمان لتقييم الأطفال(K-ABC) Kaufman Assessment Battery for Children. ويفضل بعض الأخصائيين النفسيين استخدام هذا الاختبار مع التلاميذ الأمريكيين ذوي

الأصل الأفريقي نظراً لأنهم يرون أن هذا الاختبار يعتبر أقل في درجة تحيزه الثقافي.

وعلى الرغم من أن اختبارات الذكاء ليست جميعاً من النوع الذي يتبع نفس الطريقة في سبيل حساب نسبة الذكاء فإن بإمكاننا أن نحصل على درجة تقريبية لنسبة الذكاء وذلك بقسمة العمر العقليmental age والذي يعني ذلك المستوى العمري الذي يتفق مع الأداء الوظيفي للفرد وذلك على العمر الزمني أي عمر الفرد منذ مولده وحتى الوقت الراهن والذي غالباً ما يتم حسابه بالشهور، ثم نضرب الناتج في مائة. فإذا كان هناك على سبيل المثال طفل في العاشرة من عمره، ويؤدي على أحد اختبارات الذكاء بما يوازي ثماني سنوات فقط وهو ما يعني أن عمره العقلي في تلك الحالة يوازي ثماني سنوات، فإننا نقوم آنذاك بقسمة 8 ÷ 10 ثم نضرب الناتج × 100 فتكون نسبة ذكائه بالتالي 80 فقط.

وقياساً بمعظم الاختبارات النفسية فإن اختبارات الذكاء كاختبار ستانفورد- بينيه Stan-ford-Binet والنسخة الثالثة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفالWISC-III وبطارية كوفمان للأطفال K-ABC تعد من أكثر تلك الاختبارات صدقاً وثباتاً. ونعني بالثبات reliability أن الفرد سوف يحصل تقريباً على درجة مشابهة إذا ما تم تطبيق نفس الاختبار عليه في مناسبتين مستقلتين ليستا متقاربتين ولا متباعدتين في المدة الزمنية. أما الصدق validity فإنه عادة ما يعد بمثابة إجابة لذلك السؤال الذي يتعلق بما إذا كانت تلك الأداة تقيس فعلاً ما يفترض أن تقيسه أو ما وضعت لقياسهwhether the instrument measures what is supposed to measure. وهناك مؤشر جيد لصدق اختبار الذكاء يتمثل في حقيقة ما يمكن أن نعتبره بشكل عام أفضل مؤشر لما يمكن أن يؤديه التلميذ في المدرسة. ومع ذلك فمن الحكمة أن نحذر من الثقة الزائدة في وجود درجة واحدة أو وحيدة يمكن الحصول عليها عند تطبيق أي اختبار للذكاء على الطفل في أي مرة وفي كل مرة . وهناك في واقع الأمر أربعة أسباب لمثل هذا الحذر هي :

أ- أن نسبة ذكاء الفرد قد تتغير من مرة إلى أخرى من تلك المرات التي يتم فيها تطبيق الاختبار عليه، وأحياناً يكون هذا التغير كبيراً حتى في تلك الاختبارات التي تتسم بدرجة عالية من الثبات.

ب- أن كل اختبارات الذكاء تتسم بالتحيز الثقافي إلى حد ما وذلك بسبب الفروق في اللغة والخبرة مما يجعل تطبيق مثل هذه الاختبارات في بعض الأحيان على أولئك الأفراد الذين ينتمون إلى جماعات الأقليات لا يعتبر ميزة مطلقاً، بل إنه كثيراً ما يعتبر أحد العيوب التي ترتبط بذلك.

جـ- أنه كلما كان الطفل أصغر سناً كان الاختبار أقل صدقاً وثباتاً مما يجعل اختبارات الذكاء للأطفال على وجه الخصوص تعد موضع تساؤل.

د - أن اختبارات الذكاء ليست هي المحدد المطلق عند قياس قدرة الفرد على الأداء الوظيفي في المجتمع. ومن ناحية أخرى فإن نسبة الذكاء الأفضل لا تمثل ضماناً للحياة الناجحة والسعيدة من جانب الفرد، كما أن نسبة الذكاء امنخفض لا تحتم عليه أن يحيا حياة بائسة.

كذلك فإن هناك متغيرات أخرى تعد على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة لمهارات المسايرة من جانب الفرد في المجتمع. وهذا هو السبب الذي يجعل المختصين يهتمون بقياس جوانب أخرى كالمهارات التكيفية إلى جانب ذلك.

2- المهارات التكيفية:

يوجد في الواقع عدد من مقاييس السلوك التكيفي الأكثر شيوعاً واستخداماً، وهو الأمر الذي يتضمن بطبيعة الحال المقاييس التالية :

- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، Vineland Adaptive Behavior Scales من إعداد سبارو وبالا وسيكشيتي Sparrow, Balla, &Cicchetti (1984).
- مقياس السلوك التكيفي للأطفال، Adaptive Behavior Inventory for Children من إعداد ميرسر ولويس Mercer & Lewis (1982).
- الطبعة الثانية المدرسية من مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، AAMR Adaptive Behavior Scale-School, 2nd, ed. إعداد لامبرت ونيهيرا وليلاند Lambert, Nihira, &Leland (1993).
- الطبعة المنزلية والمجتمعية من مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، Residential and Community edition اعداد نيهيرا وليلاند ولامبرت Nihira, Leland, &Lambert (1993)
- مقياس المجالات التكيفية، Assessment of Adaptive Areas الذي أعده بريانت وتايلور وريفيرا Bryant, Taylor, &Rivera (1996).

وجدير بالذكر أن المقياس الأخير الذي أشرنا إليه هنا وهو مقياس المجالات التكيفية يجمع بين مقياسي السلوك التكيفي الذين أصدرتهما الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذين يتمثلان في الصورة المدرسية من ناحية، والصورة المنزلية والمجتمعية من ناحية أخرى . ويعتبر في ذات الوقت هو المقياس الوحيد الذي يغطي كل المهارات التكيفية العشر التي يتضمنها تعريف التخلف العقلي الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والذي أشرنا إليه من قبل، والتي تتضح أيضاً في تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي وهي :

1- التواصل .

2- العناية بالذات .

3- الحياة المنزلية .

4- المهارات الاجتماعية.

5- استغلال المصادر المجتمعية.

6- توجيه الذات.

7- الصحة والأمان.

8- الأداء الوظيفي الأكاديمي.

9- قضاء وقت الفراغ.

10- العمل .

ومن الملاحظ أن الصيغة الأساسية لمثل هذه الأدوات تتطلب أن يقوم الوالد أو المعلم أو أحد المختصين وثيقي الصلة بالطفل بالإجابة عن تلك الأسئلة المتضمنة، والتي تتعلق بقدرة الطفل على القيام بأداء تلك المهارات التكيفية.

الخصائص النفسية والسلوكية للمتخلفين عقلياً

Psychological and Behavioral Charateristics

من الجدير بالذكر أن هناك مجالات أساسية نفسية وسلوكية يكون من المحتمل أن يخبر فيها الأشخاص المتخلفون عقلياً بعض نواحي القصور من أهمها ما يلي :

1- الانتباه .

2- الذاكرة .

3- النمو اللغوي .

4- التنظيم الذاتي .

5- النمو الاجتماعي .

6- الدافعية.

وإذا ما أمعنا النظر في تلك الخصائص النفسية والسلوكية التي يتسم بها أولئك

الأشخاص المتخلفون عقلياً فإننا سنجد حتماً أنه من غير المنطقي أن تبدو كل هذه الخصائص أو أن توجد لدى الفرد الواحد في ذات الوقت. ومما لا شك فيه أن أهمية الانتباه في التعلم تعد جوهرية حيث يجب أن يكون الفرد قادراً على أن ينتبه إلى المهمة التي يضطلع بها وذلك قبل أن يتعلمها. وقد اعتقد جمع من الباحثين على مدار العديد من السنوات كما يرى تومبراوسكي وتينسلي (1997) Tomporowski &Tensley أننا يمكن أن نعزو العديد من مشكلات التعلم التي تواجه الأشخاص المتخلفين عقلياً إلى مشكلات الانتباه. وغالباً ما ينتبه أولئك الأشخاص للأشياء الخاطئة حيث يواجهون مشكلة في توجيه انتباههم بصورة صحيحة.

ومن جانب آخر يشير براي وآخرون (1997).Bray et.al إلى أن من أكثر النتائج التي كشفت عنها الدراسات ثباتاً أن الأشخاص المتخلفين عقلياً يجدون صعوبة في تذكر المعلومات التي تكون قد عرضت عليهم من قبل. ومع أن أوجه القصور التي يعانون منها تعتبر متعددة فإنهم غالباً ما يواجهون مشكلات خاصة في الذاكرة العاملة working memory. وتتضمن الذاكرة العاملة القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات في الذهن عند القيام بأداء مهمة معرفية أخرى في ذات الوقت كأن يقوم الفرد مثلاً بمحاولة تذكر عنوان معين أثناء الاستماع إلى تعليمات تتعلق بكيفية الوصول إلى ذلك المكان.

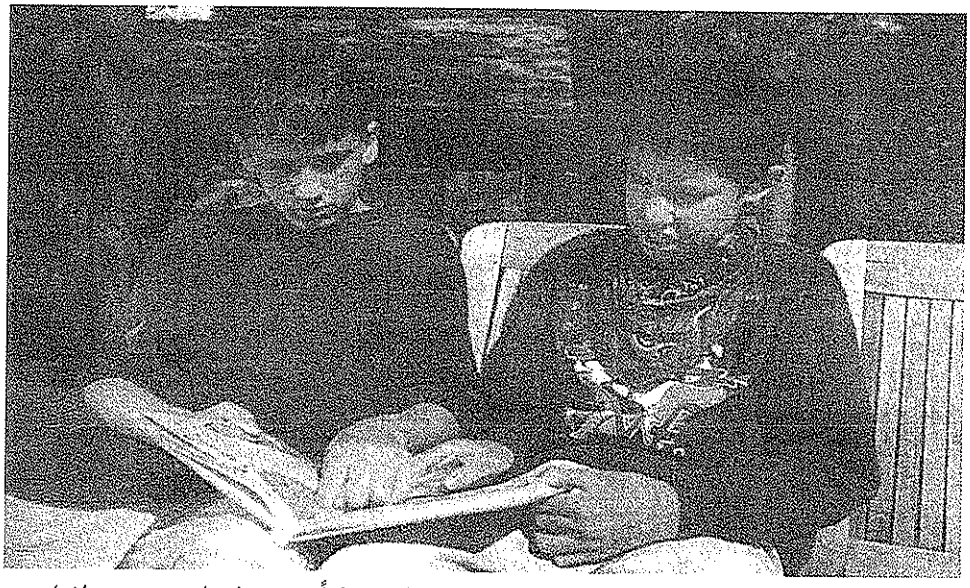
وبوجه عام فإن اللغة بالنسبة للأشخاص المتخلفين عقلياً تتبع في نموها نفس المضمار الذي تتبعه بالنسبة للأشخاص العاديين، إلا أن النمو اللغوي للأشخاص المتخلفين عقلياً يبدأ كما يرى وارين ويودر (1997) Warren &Yoder في وقت متأخر قياساً بما يحدث لأقرانهم العاديين، كما أن اللغة تتطور لديهم بمعدل أبطأ، وتنتهي عند مستوى أقل من التطور قياساً بالعاديين. وإلى جانب ذلك فإن الأشخاص المتخلفين عقلياً غالباً ما يخبرون مشكلات في قدرتهم على فهم اللغة، والتحدث بها، أو استخدامها.

ومن ناحية أخرى يشير بيبكو ولوهورج (1998) Bebko &Luhaorg إلى أن التنظيم الذاتيself-regulation يعتبر مصطلحاً واسعاً وفضفاضاً يشير إلى قدرة الفرد على تنظيم سلوكه. وفي هذا الإطار يواجه الأفراد المتخلفون عقلياً صعوبات جمة تتعلق بما وراء المعرفة metacognition وهي ما ترتبط بدرجة كبيرة بالقدرة على التنظيم الذاتي. ويشير مصطلح ما وراء المعرفة إلى قدرة الفرد على معرفة تلك الاستراتيجيات التي يحتاجها في سبيل أداء مهمة معينة، وقدرته على التخطيط لاستخدام هذه الاستراتيجيات بكيفية معينة، وقدرته على أن يقوم بتقييم مدى الجودة التي تتسم بها مثل هذه الاستراتيجيات. ومن ثم فإن التنظيم الذاتي يعتبر مكوناً أساسياً من مكونات ما وراء المعرفة. وسوف نعرض لما وراء المعرفة مرة أخرى في الفصل الخامس.

وغني عن البيان أن الأفراد المتخلفين عقلياً يواجهون العديد من المشكلات الاجتماعية حيث غالباً ما يجدون صعوبة في تكوين أصدقاء، وفي الاحتفاظ بما يكونوا قد قاموا بتكوينه من صداقات وهو الأمر الذي يرجع إلى سببين اثنين عل الأقل هما:

1- أن غالبيتهم كما يرى كاساري وبومنجر(1998) Kasari &Bauminger يبدو أنهم لا يعرفون كيف يمكنهم إقامة علاقات اجتماعية ناجحة أو تفاعلات اجتماعية معينة مع الآخرين وهو الأمر الذي يتضح منذ وقت مبكر من حياتهم وذلك بداية من مرحلة ما قبل المدرسة.

2- أنهم حتى عندما لا يحاولون إقامة تفاعلات معينة مع الآخرين فإنهم قد يبدون سلوكيات من شأنها أن تجعل أقرانهم يبتعدون عنهم حيث قد يبدون مثلاً معدلات من قصور الانتباه والسلوك الفوضوي أكثر ارتفاعاً قياساً بأقرانهم العاديين.



تعتبر التفاعلات الاجتماعية الإيجابية ضرورية للأفراد المتخلفين عقلياً حيث تؤثر على مفهومهم لذواتهم

وإذا كان الأمر كذلك فإن المشكلات العديدة التي تتعلق بالانتباه، والذاكرة، والنمو اللغوي، والتنظيم الذاتي، والنمو الاجتماعي تجعل الأشخاص المتخلفين عقلياً أكثر عرضة لمشكلات أخرى ترتبط بالدافعية على أثر ذلك. وإذا ما خبر أولئك الأفراد تاريخاً طويلاً من الفشل يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يصيروا بذلك معرضين بدرجة كبيرة لتطوير ما يعرف بالعجز المتعلم learned helplessness وهو الشعور بأنهم سوف يفشلون مهما حاولوا، ومهما كانت محاولاتهم تلك. ونظراً لأن بعض هؤلاء الأشخاص يشعرون بضعف سيطرتهم على ما يحدث لهم، ويشعرون بأن هناك أشخاصاً آخرين لهم السطوة والسيطرة

عليهم، وأن أحداثاً أخرى تسيطر أيضاً عليهم فإن بعضهم يميل من جراء ذلك إلى الاستسلام بسهولة وذلك عندما تواجههم بعض المهام التي يمكن أن تمثل تحدياً لهم. ومن ثم يرى المختصون أن البرنامج التربوي أو التأهيلي الجيد الذي يتم تقديمه لأولئك الأشخاص يجب أن يضم مكوناً يركز على تلك المشكلات التي تتعلق بالدافعية حتى يمكنه أن يتعامل مع تلك المشكلات، ويمكنهم من جانب آخر من التغلب عليها .

ربط المتلازمات الجينية بالأنماط السلوكية الكلية أو العامة

أولت معظم السلطات المختصة حتى وقت قريب اهتماماً ضئيلاً بنمط التخلف العقلي الذي يعاني الشخص منه وذلك في سبيل تحديد تلك الخصائص السلوكية المميزة له. ومع ذلك فقد بدأ الباحثون كما يرى مولدافسكي وآخرون (2001).Moldavsky et.al وفاينجان (1998) Finegan في تحديد الأنماط العامة للخصائص السلوكية التي ترتبط ببعض المتلازمات المرضية الجينية وهي الأنماط السلوكية التي يشار إليها على أنها كلية أو عامة. ويعرف النمط السلوكي الكلي behavioral phenotype بأنه مخزون سلوكي معين ومميز يظهر حال وجود اضطراب جيني أو كروموزومي معين. ويتضمن ذلك مدى واسعاً من الخصائص النمائية والسلوكية التي تضم الجوانب المعرفية واللغوية والاجتماعية إضافة إلى المشكلات السلوكية والسيكوباثولوجيا.

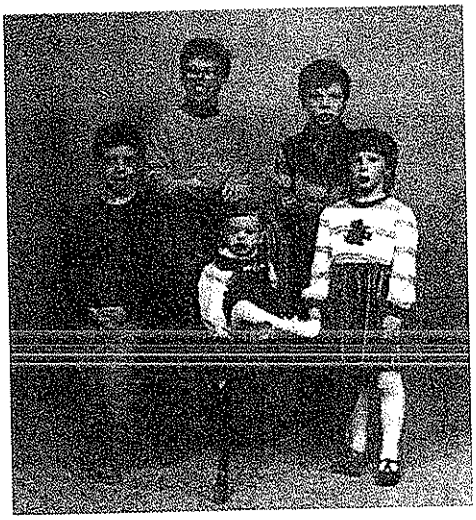
هذا وقد حدد الباحثون المتلازمات المرضية الجينية الأربع التي ذكرناها سلفاً عند الحديث عن تلك الأسباب قبل الولادية للتخلف العقلي، وهي:

1- متلازمة أعراض داون .

2- متلازمة أعراض وليامز .

3- متلازمة أعراض الكروموزوم Xالهش.

4- متلازمة أعراض برادر- ويلي .



الأطفال ذوو متلازمة أعراض وليامز

ومن المعروف أن كلاً من هذه المتلازمات المرضية الجينية كما يشير دايكنز Dykens (2001) ومولدافسكي وآخرون Moldavsky et.al. (20001) ودايكنز وآخرون Dykens et.al. (2000) وهوداب وفيدلر Hodapp &Fidler (1999) لها نمط سلوكي كلي مميز نسبياً يرتبط بها، ويميزها عن غيرها من المتلازمات الأخرى حيث نلاحظ على سبيل

المثال أن ذوي متلازمة أعراض داون غالباً ما يعانون من نواحي قصور معينة وهامة في اللغة التعبيرية، والقواعد اللغوية قياساً بالمهارات البصرية المكانية visual- spatial skills بينما نجد أن العكس غالباً ما يكون هو الصحيح بالنسبة لأقرانهم من ذوي متلازمة أعراض وليامز. كما تكون قدرتهم على سرد القصص بما فيها القدرة على تغيير وتشكيل نغمة الصوت وارتفاعه دليلاً واضحاً يعكس ويدل على المضمون الانفعالي لمثل هذه القصص. وإلى جانب ذلك فإن الاجتماعية التي يتسمون بها، ووجوههم الغريبة ذات الملامح الجنيةelflike قد أدت بالبعض إلى أن يفترض أن مثل هؤلاء الأشخاص ما هم إلا الجان أو العفاريت التي تصورها الحكايات الشعبية المختلفة.

المتلازمة الجينية	النمط السلوكي الكلي	
	أوجه القصور النسبية	جوانب القوة النسبية
متلازمة أعراض داون	المهارات اللفظية وخاصة القواعد. مشكلات في تفسير الانفعالات الوجهية. تميل المهارات المعرفية إلى أن تقل مع الوقت. البداية المبكرة للزهايمر.	المهارات البصرية- المكانية.
متلازمة أعراض وليامز	المهارات البصرية- المكانية. السيطرة على الحركات الدقيقة. القلق والخوف والفوبيا. المظهر الودود.	اللغة التعبيرية خاصة المفردات اللغوية. التعرف على الوجوه والذاكرة. الميول والمهارات الموسيقية.
متلازمة أعراض الكروموزوم Xالهش	الذاكرة قصيرة المدى. إجراء العمليات المتتالية. الأنماط السلوكية التكرارية. القلق الاجتماعي والانسحاب.	المهارات اللفظية بما فيها المفردات اللغوية. الذاكرة طويلة المدى بالنسبة لما تم اكتسابه بالفعل من معلومات.
متلازمة أعراض برادر- ويلي	المعالجة السمعية للمعلومات. مشكلات تناول الطعام (الرضاع) في المهد. الإفراط في الأكل والسمنة في الطفولة والمراهقة. اضطرابات النوم. السلوكيات الإجبارية أو الإلزامية.	نسبة ذكاء عالية نسبياً متوسطها حوالي 70 . المعالجة البصرية للمعلومات. السهولة في القيام بالألغاز التي تتألف من قطع خشبية صغيرة تشكل صورة معينة عند ترتيبها.

جدول (5-2) العلاقة بين المتلازمات الجينية وأنماط السلوكية الكلية

ويعرض الجدول (4-2) للخصائص السلوكية التي ترتبط بكل من هذه المتلازمات علماً بأنه لا يوجد هناك تطابق تام بين التشخيص ومثل هذه الخصائص حيث أن تلك الخصائص التي ترتبط بأي من هذه المتلازمات لا تظهر بالضرورة لدى جميع الأفراد الذين يعانون من أي منها بمعنى أنه ليس هناك تشابه تام بين كل الأفراد من ذوي تلك المتلازمات.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

شهدت السنوات الأخيرة تطوراً فلسفياً كبيراً فيما يتعلق بتصميم البرامج التربوية للتلاميذ المتخلفين عقلياً. وقد تضمن هذا التغير حدوث حركتين ترتبطان به حيث كان هناك تركيز كبير كما يشير ويستلنج وفوكس (2000) Westling & Fox على كل من:

- الضم أو الاحتواء والتدريب على المهارات ذات الأهمية.
- تحديد الذات.

وسوف نوضح ذلك كما يلي:

1- الضم أو الاحتواء والمهارات ذات الأهمية:

كما أوضحنا سلفاً فقد تزايدت أعداد التلاميذ المتخلفين عقلياً الذين ينتظمون في المدارس العادية مع أقرانهم العاديين. ويعتقد أنصار الضم أو الاحتواء أنه في الوقت الذي يتعلم فيه أولئك التلاميذ في فصول منعزلة لجزء من الوقت فإن الفصل العادي ينبغي أن يكون هو المقر الأساسي الذي يتم تعليمه فيه. ولكي نعمل على تسهيل عملية الضم أو الاحتواء في تلك البيئة التي يتم فيها الدمج فإن المؤيدين لعملية الضم أو الاحتواء يرون أنه من المهم أن يتم التدريس للأشخاص المتخلفين عقلياً باستخدام منهج يسهم في تنمية مهاراتهم العملية التي تتناسب مع أعمارهم الزمنية. ومن المعروف أن الاتجاه الذي كان يسود في الماضي فيما يتعلق بهؤلاء الأشخاص كان يعتمد على تقديم منهج دراسي لهم أكثر ملاءمة لعمرهم العقلي قياساً بعمرهم الزمني. إلا أن معظم السلطات المختصة قد وافقت على أن مثل هذا المنهج يحط من قدرهم، ولا يعدهم للقيام بالأداء الوظيفي مع أقرانهم العاديين.

2- تحديد الذات :

نظراً لأن الأشخاص المتخلفين عقلياً يتسمون بقصور في قدرتهم المعرفية فإن المختصين والآباء على السواء يعتبرونهم غير قادرين على اتخاذ القرارات بأنفسهم وهو ما يعني أن مثل هذا الاتجاه الوالدي غالباً ما يؤدي إلى الأداء الذاتي الذي يتم التنبؤ به رغم عدم إتاحة الفرصة المناسبة لهؤلاء الأشخاص لإبداء المزيد من السيطرة على حياتهم. ومع ذلك فإن

العديد من الآباء والمختصين في الوقت الراهن يؤيدون فكرة تحديد الذات لدى هؤلاء الأفراد المتخلفين عقلياً وهو ما يتضح من خلال موقف الجمعيات الخاصة بكليهما وما تم إعلانه من قبل كل منهما وهو ما أعلنته الجمعية الأساسية للآباء في هذا المجال والمعروفة باسم جمعية المواطنين المتخلفين عقلياً ARC والجمعية المهنية الأساسية وهي الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي. AAMR هذا ويتضمن تحديد الذات self-determination قدرة الفرد على إبداء وتحديد الاختيارات الشخصية المختلفة، وقيامه بتنظيم حياته، وتأييده لذاته، ومناصرته لنفسه في هذا الإطار. ومن ثم يمكننا أن نعرف تحديد الذات وفقاً لذلك.

وجدير بالذكر أن الشخص الذي يتميز بتحديد الذات يجب أن تتوفر فيه كما يرى كل من ويستلنج وفوكس Westling & Fox (2000) أربع خصائص أساسية تميزه عن غيره نظراً لأنه يتسم بها، هي:

1- الاستقلال: ويعني أن يتصرف الفرد وفقاً لتفضيلاته، واهتماماته، وقدراته وذلك بشكل مستقل وبعيداً عن أي مؤثرات خارجية من أي نوع.

2- التنظيم الذاتي : ويعني أن يقرر الفرد أي الاستراتيجيات والفنيات هي التي سيقوم باستخدامها في مواقف معينة، وعند تحديد الأهداف المختلفة، وفي حل المشكلات، وعند قيامه بأداء مثل هذه المهام.

3- التمكن السيكلوجي : وهو اعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يسيطر على الظروف ذات الأهمية في حياته، وهو الاعتقاد بأن لديه المهارة التي تمكنه من تحقيق النتائج المرجوة، وأنه إذا ما قام بتطبيق تلك المهارات فإن النتائج المرجوة سوف تحدث على أثر ذلك.

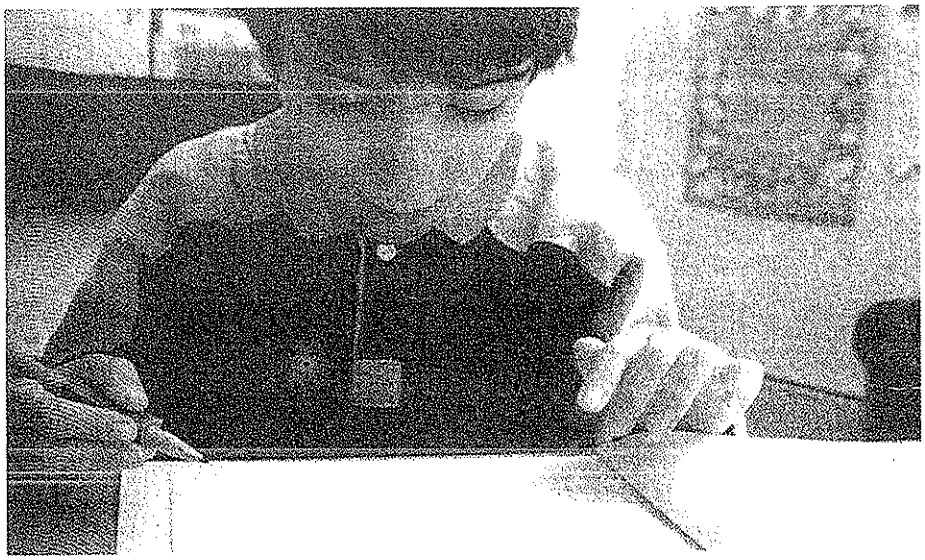
4- إدراك الذات : **self-realization** ويعني المعرفة الدقيقة نسبياً للفرد عن ذاته، وجوانب قوته، ونواحي القصور التي يعاني منها، وتصرفه بطريقة تعزز من هذه المعرفة.

ويجب ألا نفترض أن تحديد الذات سوف يتطور من تلقاء نفسه لدى الأشخاص المتخلفين عقلياً. كما يجب كذلك أن يكون واضحاً لنا انطلاقاً من مناقشتنا السابقة عن وجود مشكلات تعلم لدى هؤلاء الأفراد إلى جانب قابليتهم لتطوير العجز المتعلم أنه سيكون من الصعب عليهم أن يحققوا هذا الهدف المنشود وهو تحديد الذات. ومع ذلك يحاول الباحثون جاهدين كما يرى ويهماير وآخرون Wehmeyer et.al. (2000) أن يبحثوا عن أساليب مناسبة لتعزيز تحديد الذات لدى هؤلاء الأفراد ورعايته. إلا أننا لا نزال في حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي يمكننا أن نقرر بموجبها أفضل الطرق والأساليب التي نتمكن عن طريقها من

بث تحديد الذات في نفوس هؤلاء التلاميذ ورعايته. وفي ذات الوقت يصبح من المهم أن نلاحظ كما يشير جرونين (2000) Gronin أنه يجب ألا يتم تفسير فلسفة تحديد الذات على أنها تعني أننا يجب أن نترك أولئك الأشخاص المتخلفين عقلياً وشأنهم وهو ما حذر منه رئيس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1999– 2000) في خطابه الذي أوضح فيه أننا يجب ألا نترك الاختيار ليكون عذراً ومبرراً للإهمال. وكما أوضحنا في الفصل الثالث فإننا نحتاج كذلك إلى أن نضع في اعتبارنا أن تحديد الذات سوف يتم تعريفه بشكل مختلف اعتماداً على الثقافة النوعية أو الخاصة للفرد والتي نلاحظ أن بعضها يعد أكثر توجهاً نحو إعلاء الفردية والاستقلال في حين نجد أن بعضها الآخر يقل في توجهه نحو ذلك .

أساليب التدريس

على الرغم من وجود قدر كبير من التداخل في البرامج التربوية التي يتم تقديمها لهؤلاء التلاميذ فإن محور الاهتمام والتركيز في تلك البرامج إنما يختلف طبقاً لمستوى التخلف العقلي للتلميذ، أو لدرجة حاجته لخدمات المساندة. فعلى سبيل المثال نجد أنه كلما انخفضت درجة التخلف العقلي لدى الطفل ازداد تركيز المعلم على المهارات الأكاديمية، وفي المقابل نلاحظ أنه كلما ازدادت درجة التخلف العقلي لديه ازداد التركيز على مساعدة الذات، والحياة المجتمعية، والمهارات المهنية مع الأخذ في الاعتبار أن هذا التمييز ما هو إلا مسألة تركيز.



تعتمد الاتجاهات التربوية نحو الأشخاص المتخلفين عقلياً على درجة تخلفهم أو حاجاتهم للمساندة

أما من الناحية العملية فإن جميع التلاميذ المتخلفين عقلياً مهما كان مستوى تخلفهم لعقلي يعدون في حاجة إلى تعلم بعض المهارات الأكاديمية، ومساعد الذات، والحياة المجتمعية، والمهارات المهنية. ونحن هنا نركز على مستوى المدرسة الابتدائية، وسوف نناقش في موضع لاحق تلك البرامج التي يتم تقديمها في مرحلة ما قبل المدرسة، وفي المرحلة الثانوية.

التلاميذ في مستوى التخلف العقلي البسيط أو الذين يحتاجون مساندة أقل شمولاً

يتم مع بداية المرحلة الابتدائية توجيه نمط التعليم المقدم آنذاك بشدة نحو تنمية مهارات الأهبة أو الاستعداد readiness skills لدى الأطفال من مستوى التخلف العقلي البسيط، وتعرف هذه المهارات بأنها تلك القدرات التي تعد بمثابة شروط ضرورية للتعلم اللاحق. وتتضمن تلك القدرات عناصر معينة مثل القدرة على الاستمرار في الجلوس في نفس المكان والاستماع إلى شرح المعلم، واتباع التعليمات، والإمساك بالقلم وإعداده للكتابة أو الرسم أو حتى الشخبطة، وربط الحذاء، وارتداء القميص، وفتح الأزرار وقفلها، وقفل وفتح سوستة البنطلون، واستخدام التواليت، والتفاعل مع الأقران في المواقف الجماعية.

أما في السنوات الأخيرة من المرحلة الابتدائية فيتم التركيز بشكل كبير على الجوانب الأكاديمية أو ما يعرف بالجوانب الأكاديمية الوظيفية functional academics بينما يتم تعليم الطفل العادي الجوانب الأكاديمية المختلفة كالقراءة مثلاً حتى يتمكن من تعلم محتويات أكاديمية أخرى كالتاريخ على سبيل المثال، أما الطفل المتخلف عقلياً فغالباً ما يتم تعليمه القراءة كما يرى مورس وسكوستر Morse& Schuster (2000) حتى يتمكن من القيام بالأداء الوظيفي بشكل مستقل. ومن الملاحظ أن الطفل يتعلم فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية الوظيفية المواد الأكاديمية المختلفة كي يتمكن من أداء أشياء معينة كقراءة جريدة، أو سجل التليفونات، أو الملصقات التي يتم وضعها على البضائع في المحل، أو يفك النقود، أو يملأ تلك الاستمارات التي يتقدم بها لوظيفة معينة. وعلى الرغم من أن المتطلبات الأولية لمهارات الحياة المجتمعية أو المهنية لا يتم التركيز عليها بشكل كبير إلا في المرحلة الثانوية فإن بعض الأطفال يتعلمون مثل هذه المهارات في السنوات الأخيرة من المدرسة الابتدائية. ونظراً لأن بعض الأطفال المتخلفين عقلياً يستغرقون وقتاً طويلاً نسبياً كي يتعلمون مهارات معينة فإنه من الأفضل أن نعمل على إكسابهم مثل هذه المهارات في السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية.

- التلاميذ في مستوى التخلف العقلي الأكثر شدة أو الذين يتطلبون المزيد من المساندة الشاملة

من الجدير بالذكر أن تلك البرامج التربوية المختلفة التي يتم تقديمها للتلاميذ المتخلفين

عقلياً وخاصة أولئك الذين يتم تصنيفهم في المستويات الأكثر شدة من التخلف العقلي غالباً ما تتضمن ملامح ثلاثة أساسية يمكن أن نعرض لها وأن نقدمها تفصيلاً على النحو الذي يوضحه الشكل التالي:

1- التعليم النظامي أو المنتظم. systematic instruction

2- التعليم في مواقف حياتية فعلية باستخدام مواد حقيقية.

3- التقييم السلوكي الوظيفي وتدعيم السلوك الإيجابي.

وسوف نتناول ذلك في النقاط التالية :

1- التعليم النظامي أو المنتظم:

يتضمن هذا النمط من التعليم كما يرى دافيز وكوفو (1997) Davis & Cuvo استخدام الإشارات التي تساعد على التذكر في التعليم، والنتائج التي تترتب على الأداء، والاستراتيجيات التي تتعلق بانتقال مركز السيطرة على المثير إذ أن الأطفال المتخلفين عقلياً غالباً ما يحتاجون إلى أن يتم استخدام تلك الإشارات التي تساعدهم على التذكر وذلك حتى يتمكنوا من الاستجابة بالطريقة المناسبة. ويمكن أن تكون مثل هذه الإشارات لفظية، أو إشارية، أو مادية، كما يمكن استخدام النمذجة في هذا الإطار. ويمكن أن تكون الإشارة اللفظيةverbal prompt على هيئة سؤال مثل " **ما الذي تحتاج إلى أن تفعله بعد ذلك؟** " ، أو أمر مثل " **ضع جوربك في الدرج الأعلى** " . أما الحث الإشاري gestural prompt إذ قد تتضمن الإشارة فيه كلاً من الجورب والدرج وذلك عند توجيه السؤال أو الأمر للطفل. أما الإمساك بيد الطفل ووضعها على الجورب ثم على الدرج فتعتبر مثالاً للإشارة المادية أو الفيزيقية. وأخيراً يمكن أن يقوم أحد الأشخاص الراشدين بنمذجة السلوك المطلوب أمام الطفل حيث يقوم بوضع الجورب في الدرج وذلك قبل أن يطلب من الطفل أن يقوم بذلك صراحة.

وفيما يتعلق بالنتائج المترتبة على الأداء فقد أظهرت نتائج تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد أن التلاميذ الذين تم تقديم التدعيم الإيجابي لهم على استجاباتهم الصحيحة يتعلمون بشكل أسرع. ويمكن أن تتباين المدعمات الإيجابية من الثناء اللفظي إلى الفيشات أو الماركات التي يمكن استبدالها بجوائز أو غيرها من المكافآت. وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي الشديد نجد أنه كلما كان التدعيم فورياً كان ذلك أكثر فعالية. وبمجرد أن يبدي الطفل السلوك المرغوب بشكل ثابت يصبح الهدف متمثلاً في تخليصه من الاستمرار في الاعتماد على المدعمات الخارجية وذلك في أسرع وقت ممكن.

ومن ناحية أخرى يشير براودر وسنيل (2000) Browder& Snell وولري وسكوستر (1997) Wolery & Schuster إلى أن الهدف من انتقال مركز السلطة على المثير يكمن في الوصول إلى نقطة لا يجد الطفل عندها نفسه مضطراً إلى تلك الإشارات التي تساعده على التذكر، وبالتالي يمكنه أن يصبح أكثر استقلالاً. وحتى يمكن نقل مركز السيطرة على المثير بعيداً عن مثل هذه الإشارات بحيث ينتقل إلى تلك المثيرات التي تحدث بشكل طبيعي بدرجة أكبر فإن هناك العديد من الفنيات أو الأساليب التي يمكن استخدامها في هذا الصدد من أهمها الانتظار لفترة من الوقت بين المطلب والإشارة. فعلى سبيل المثال نلاحظ أنه عند استخدام أسلوب الانتظار لفترة ثابتة من الوقت constant time delay يبدأ الشخص الراشد بتحديد مطلب معين ينبغي على الطفل أن يؤديه من قبيل " **من فضلك ضع ملابسك بعيداً عن هنا** "، ويقوم في ذات الوقت بإعطاء الطفل إشارة تساعده على التذكر مثل " **ضع ملابسك في الدرج الأعلى** "، ثم ينتظر الشخص الراشد لفترة زمنية محددة كأن تكون خمس ثوان على سبيل المال بين الطلب والإشارة. أما عند استخدام الأسلوب الآخر من أساليب الانتظار والذي يعرف بالانتظار لفترة من الوقت تتزايد تدريجياً progressive time delay فيبدأ خلاله الشخص الراشد بطلب معين يتزامن مع إشارة تساعد على التذكر، إلا أن فترة الانتظار بينهما تتزايد تدريجياً حتى يعطي الفرصة للطفل كي يتصرف بشكل مستقل دون الإسراع في التدخل من جانبه.

2- التعلم في مواقف حياة واقعية باستخدام مواد أو أدوات حقيقية :

يمكن أن يحدث التعلم في الفصل في ظل ظروف مشابهة لتلك الظروف التي يمكن أن يواجهها هؤلاء الأفراد فيما بعد، أو في مواقف الحياة الواقعية. وعادة ما يكون من الأفضل أن يتم تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً مهارات الحياة اليومية في المواقف الفعلية حتى يستخدم الأطفال مثل هذه المهارات. ونظراً لسهولة تقديم التعليم في الفصل قياساً بمواقف الحياة الواقعية فقد يبدأ المعلم بتقديم التعليم في الفصل ثم ينتقل إلى مواقف فعلية أو واقعية. فقد يستخدم المعلم على سبيل المثال أوراق نشاط worksheets أو صور لمختلف أنشطة التسوق في الفصل، أو يقيم متجراً مشابهاً باستخدام أرفف للمنتجات المختلفة، وخزينة. ويمكن استكمال مثل هذه الأنشطة الصفية بالقيام بزيارات دورية لمحلات البقالة الحقيقية. وبالمثل فإنه من الأفضل أن نستخدم علب طعام حقيقية، ونقوداً حقيقية عند تعليم الأطفال قراءة تلك الملصقات التي يتم وضعها على المنتجات المختلفة، وإجراء بعض التغييرات عليها.

ومن هذا المنطلق فإننا نلاحظ أن هذه المهارات يتم تعليمها لهؤلاء الأفراد المتخلفين عقلياً

في الفصل من جانب المعلم عن طريق النمذجة، وتصور المواقف التي عساها أن تحدث فيها خلال الحياة على أن يقوم أولئك الأفراد بملاحظتها حال أدائها حتى يتمكنون من محاكاتها بعد ذلك شريطة أن يقوم المعلم بتصويب تلك الأخطاء التي يمكن أن يقعوا فيها أو يرتكبونها أولاً بأول. كما يمكن أن يتم ذلك أيضاً في مواقف فعلية تستخدم فيها مواد وأدوات حقيقية.

التركيز على مهارات الحياة اليومية في المواقف الفعلية

3- التقييم السلوكي الوظيفي وتدعيم السلوك الإيجابي :

من الأسباب الرئيسية التي تجعل الأطفال المتخلفين عقلياً يواجهون صعوبة عند ضمهم أو احتوائهم في فصول التعليم العام أنهم أحياناً ما يبدون سلوكاً غير ملائم كالضرب أو العض أو الصراخ على سبيل المثال. ولذلك فقد اقترحت السلطات أن يستخدم المعلمون خليطاً من التقييم السلوكي الوظيفي functional behavior assessment FBA وتدعيم السلوك الإيجابي positive behavioral support PBSفي سبيل الحد من مثل هذه السلوكيات. وسوف نناقش ذلك بالتفصيل في الفصلين السابع والحادي عشر.

ويتضمن التقييم السلوكي الوظيفي كما يرى هورنر وآخرون Horner et.al.(2000) تحديد النتائج consequencesوالأحداث المنشطة antecedentsوتحديد تلك الأحداثevents التي تعمل في سبيل الإبقاء على مثل هذه السلوكيات. وتشير النواتج أو النتائج إلى الغرض من ذلك السلوك الذي يصدر عن الشخص، فقد يتصرف بعض التلاميذ على سبيل المثال بشكل غير مناسب كي يلفتوا انتباه الآخرين إليهم. وتشير الأحداث المنشطة من جانب آخر

إلى تلك الأشياء التي يكون من شأنها أن تحفز السلوك أو تثيره، فقد يصبح الطفل عدوانياً مثلاً تجاه بعض الأقران دون سواهم بينما لا يكون كذلك مع غيرهم من الأقران؛ أما تحديد الأحداث فيتم من خلال تلك العوامل التي ترتبط بالسياق الموقفي حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة للتلميذ على سبيل المثال أن يبدي سلوكاً غير مناسب عندما يكون مريضاً، أو يكون في طقس حار أو رطب. واستناداً على التقييم الوظيفي للسلوك يمكن للمعلم أن يقوم بإجراء بعض التغييرات في النتائج، والمقدمات أو الأحداث المنشطة، والعوامل الموقفية، وأن يلاحظ من جانب آخر فعالية مثل هذه التغييرات التي قام بإجراؤها .

يؤدي التدعيم الإيجابي للسلوك إلى تحسين التعلم للأطفال المتخلفين عقلياً

ومن ناحية أخرى يمكن للمعلمين أن يقوموا بتطوير خطة تدعيم للسلوك الإيجابي الذي يأتي به التلاميذ وذلك اعتماداً على ما يمكن أن يسفر عنه مثل هذا الأسلوب من نتائج. وغني عن البيان أن هذا الأسلوب يتضمن إيجاد أساليب لتعزيز السلوك الإيجابي من جانب التلاميذ بدلاً من عقابهم على ما يمكن أن يصدر عنهم من سلوك سلبي. ويركز تدعيم السلوك الإيجابي كأسلوب كما يشير سوجاي وآخرون (2000) .Sugai et.al على البيئة الكلية للتلميذ بما فيها التعليم. ويؤكد بعض المناصرين لهذا الأسلوب على تنفيذ خطط على مستوى المدرسة يتم من خلالها تدعيم السلوك الإيجابي لجميع التلاميذ وليس فقط لأولئك التلاميذ ذوي الإعاقات. ويتم في ضوء هذه الخطة إعداد جميع أعضاء الهيئة التدريسية بالمدرسة على القيام بالتعزيز الإيجابي لما قد يصدر عن التلاميذ من سلوكيات إيجابية في كل المواقف تقريباً وليس في أحدها دون الآخر أي في الفصل، والكافيتريا، والأروقة، والملعب، وأتوبيسات المدرسة، وغيرها .

نماذج تقديم الخدمة

يتراوح تسكين الأطفال المتخلفين عقلياً في سن المدرسة بين فصول التعليم العام وحتى تلك المدارس التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية. وعلى الرغم من أن الفصول الخاصة بهؤلاء التلاميذ تميل إلى أن تكون هي المعيار الذي يتم الاحتكام إليه في مثل هذا الصدد فإن أعداداً كبيرة من التلاميذ المتخلفين عقلياً قد تم تسكينهم في فصول تعتمد على الضم أو الاحتواء. وتتحدد درجة الضم أو الاحتواء في ضوء مستوى شدة تخلفهم، ومن ثم فإن الأطفال الذين تقل شدة تخلفهم العقلي يعدون هم الأكثر في مستوى الضم. ومع ذلك فكما أوضحنا في الفصل الثاني فإن بعض المختصين يعتقدون أن جميع التلاميذ المتخلفين عقلياً ينبغي أن يتم تعليمهم في فصول التعليم العام وأن المدرسة يجب أن تقوم بتقديم خدمات المساندة الضرورية داخل الفصل كأن يكون هناك معلم للتربية الخاصة أو بعض المساعدات الخاصة بهم.

وبالرغم من عدم الاتفاق الكامل بين السلطات جميعها على كم الضم أو الاحتواء الذي يجب أن تتم ممارسته فإنهم يوافقون كما يشير جورالنيك وآخرون (1995).Guralnick.et.al على أن التسكين في فصل قائم بذاته دون وجود أي فرصة للتفاعل مع التلاميذ غير المعوقين يعد أمراً غير مناسب. وفي نفس الوقت فإننا نلاحظ أنه حتى الآباء الذين يفضلون تلك المواقف التي تتضمن الضم أو الاحتواء غالباً ما يعتقدون أنه من الأفضل لأطفالهم أن يتفاعلوا مع الأطفال الآخرين ذوي الإعاقات، وأنه إذا كان الطفل المعوق هو الطفل الوحيد المعوق في الفصل فإن ذلك يمثل عائقاً بالنسبة له. وعلى الرغم من أن والدي الأطفال المتخلفين عقلياً من المستوى الشديد يعتقدون بشدة في تلك الفوائد الاجتماعية التي يمكن أن تترتب على وجود أطفالهم في مواقف للضم أو الاحتواء الكلي فإنهم يعدون كما يرى بامر وآخرون Palmer et.al. (1988) أكثر قلقاً حول أثر مثل هذا الضم أو الاحتواء على كيف أو نوعية تلك البرامج التربوية التي يتم تقديمها لأطفالهم.

التدخل المبكر

من الجدير بالذكر أن بإمكاننا أن نقوم بتصنيف تلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة ما قبل المدرسة على أنها تتضمن ما يلي :

1- تلك البرامج التي يتمثل هدفها الأساسي في الوقاية من التخلف العقلي.

2- تلك البرامج التي يتم تقديمها في سبيل تنمية أولئك الأطفال الذين يتم تحديدهم بالفعل على أنهم متخلفين عقلياً.

وبذلك نجد بشكل عام أن التدخل المبكر يتضمن نوعين من البرامج يهدف الأول منهما إلى الوقاية من تلك الآثار السلبية التي يمكن أن يتعرض لها أولئك الأطفال، ومنها التخلف العقلي، أو أن البرامج من هذا النوع يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للتخلف العقلي البسيط، أما البرامج من النوع الثاني فيتم تقديمها لأولئك الأطفال ذوي مستويات التخلف العقلي الأكثر شدة، وتهدف مثل هذه البرامج في الأساس إلى دعم نموهم والتأكيد عليه وهو الأمر الذي سنوضحه فيما يلي:

البرامج الوقائية في الطفولة المبكرة

شهد عقد الستينيات من القرن الماضي ميلاد تلك البرامج المخصصة للرضع والأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة الذين يعتبرون في خطر التعرض للإعاقة إلى جانب أسرهم أيضاً. وتعد المشروعات الثلاثة التالية من أكثر تلك المشروعات التي تم تقديمها في هذا الإطار شيوعاً وهي:

1- مشروع بيري لأطفال ما قبل المدرسة Perry preschool project.

2 - برنامج مركز شيكاغو للآباء والأطفال(Chicago child-parent center (CPC programs.

3- مشروع المبتدئين Abecedarian project.

ومن الملاحظ أن أول مشروعين من هذه المشروعات الثلاثة يركزان على أطفال ما قبل المدرسة الذين ينحدرون من البيئات منخفضة الدخل الذين يعتبرون معرضين للعديد من النتائج السلبية، ومن بينها التخلف العقلي. ويؤكد كلا المشروعين على أنه يمكن أن تترتب على التدخل المبكر آثار بعيدة المدى تعود على المشاركين في هذا المشروع أو ذاك، ويتضمن ذلك الحد من معدلات حدوث التخلف العقلي. أما فيما يتعلق بمشروع بيري Perry لأطفال ما قبل المدرسة فيرى سكوينهارت وويكارت (1993) Schweinhart&Weikart أنه عندما تم إعادة فحص ودراسة أولئك الأفراد الذين كانوا قد بلغوا السابعة والعشرين من أعمارهم، وكانوا قد تلقوا هذا البرنامج للتدخل المبكر في طفولتهم وجدت فروق دالة لصالحهم وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم الذين لم يتلقوا هذا البرنامج من برامج التدخل المبكر. وكانت أهم الفروق التي كشفت عنها تلك الدراسة ما يلي:

1- أن غالبية هؤلاء الأفراد قد أنهوا الصف الثاني عشر.

2- أنه قد تم إلقاء القبض على نسبة قليلة منهم في مخالفات قاموا بارتكابها.

3- أن نسبة كبيرة منهم كانوا يملكون تلك المنازل التي يعيشون فيها.

4- أن نسبة قليلة منهم كانوا يعيشون في قدر معقول من الرفاهية.

5- أن معدل الحمل في مرحلة المراهقة كان منخفضاً بينهم.

6- أنهم كانوا يحصلون على دخل جيد ويزيد عن المتوسط بكثير.

7- كان من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يتم تصنيفهم على أنهم معوقين أو متخلفين عقلياً.

وفضلاً عن ذلك فإن تحليل التكلفة والعائد والذي يركز في واقع الأمر على أشياء من قبيل تكاليف الرفاهية، والنسق القانوني الجنائي، والعائد من الضرائب على الدخل يوضح وجود عائد يقدر بحوالي 7.16 دولاراً تقريباً لكل دولار تم استثماره في مشروع بيريPerry لأطفال ما قبل المدرسة.

يمكن أن تترتب على برامج التدخل المبكر آثار إيجابية بعيدة المدى على المشاركين فيها من أهمها انخفاض معدلات التخلف العقلي

أما أحدث دراسة تتبعية تم إجراؤها في هذا المضمار فقد تمت كما يشير رينولدز وآخرون Reynolds et.al. (2001) باستخدام برنامج مركز شيكاغو للآباء والأطفالCPC وذلك على

أولئك الأفراد الذين بلغوا العشرين من أعمارهم فتوضح أو تكشف عن نتائج مشابهة حيث تعلقت النتائج التي كشفت وأسفرت عنها بما يلي :

1- معدلات أكثر ارتفاعاً لإنهاء الدراسة بالمدرسة.

2- معدلات أكثر انخفاضاً لإلقاء القبض عليهم كأحداث جانحين.

3- معدلات أكثر انخفاضاً للرسوب في الصف الدراسي.

4- اختيارهم على أثر ذلك للالتحاق ببرامج التربية الخاصة.

5- كان معدل الاختيار للالتحاق بالتربية الخاصة يعادل نصف ذلك المعدل الذي اتضح لدى أقرانهم في المجموعة الضابطة التي لم يتلق أعضاؤها برنامج التدخل المبكر.

ومن ناحية أخرى يعتبر مشروع المبتدئين Abecedarian project أحد أهم وأفضل تلك البرامج التي تمثل إثارة للأطفال الرضع. وغني عن البيان أنه يتم تحديد المشاركين في هذا المشروع قبل ميلادهم وذلك باختيارهم من بين مجموعة من الأمهات الحوامل اللائي تعشن في بيئات فقيرة. كما يتم بعد الحمل تصنيف الأطفال (على حسب ما سيكون) عشوائياً في إطار إحدى مجموعتين تعرف إحداهما بمجموعة الرعاية النهارية وتتلقى خدمات خاصة أي في إطار التربية الخاصة، بينما تعد المجموعة الثانية ضابطة ولا تتلق بالتالي أياً من هذه الخدمات. هذا ويشارك أعضاء المجموعة الأولى المعروفة باسم مجموعة الرعاية النهارية في برنامج يزودهم بالخبرات اللازمة لتعزيز نموهم الحركي، والعقلي، واللغوي، الاجتماعي. كما تتلقى أسر هؤلاء الأطفال أيضاً عدداً من الخدمات الاجتماعية والطبية. ويشير كامبل وبونجيلو (2000) Campbell & Pungello إلى أن نتائج هذا المشروع قد كشفت عندما تم إجراء الفحوص اللازمة على أولئك الأفراد الذين شاركوا فيه عندما كانوا أطفالاً، وقد بلغوا الحادية والعشرين من أعمارهم عند إجراء تلك الفحوص أنهم قد حصلوا على درجات أفضل في الجانب المعرفي، وأنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يلتحقوا بإحدى الكليات.

البرامج الإنمائية في الطفولة المبكرة

على العكس من تلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال المعرضين للخطر في مرحلة ما قبل المدرسة والتي يتمثل الهدف منها في الوقاية من التخلف العقلي حتى لا يحدث للطفل فإن تلك البرامج التي يتم تقديمها للرضع والأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة الذين يتم تحديدهم على أنهم متخلفون عقلياً تهدف في الواقع إلى مساعدتهم على تحقيق مستوى معرفي مرتفع بقدر الإمكان. وتؤكد مثل هذه البرامج بشدة على النمو اللغوي والنمو الإدراكي لهؤلاء الأطفال،

والعمل على تحقيق قدر معقول من التقدم والتطور فيهما. ونظراً لأن أولئك الأطفال غالباً ما يعانون من إعاقات متعددة فإن هناك متخصصين آخرين يمكن اللجوء إليهم والاستفادة منهم في هذا المضمار حيث يكون بإمكانهم أن يقدموا العديد من الخدمات ذات الأهمية كأخصائيي اللغة والتخاطب، والأخصائيين الرياضيين وذلك من خلال المشاركة من جانبهم في تلك البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال. وإلى جانب ذلك فإن العديد من البرامج الجيدة تتضمن دون شك فرصاً عديدة للمشاركة الوالدية حيث يمكن للوالدين من خلال مشاركتهما في تلك البرامج مع أطفالهما وما يؤديانه خلالها من ممارسات مختلفة معهم أن يقوما بتعزيز بعض المهارات التي يحاول المعلمون إكسابها لهم إذ يقوم آباء الأطفال المعوقين جسمياً على سبيل المثال وخاصة آباء الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي CP بالتعلم من المعالجين أو الأخصائيين الذين يتعاملون مع أطفالهم تلك الطرق والأساليب المناسبة لتناول أولئك الأطفال، أو الإمساك بهم، ودعم نموهم الجسمي وهو الأمر الذي يجعل بإمكانهم أن يقوموا بتطبيق ذلك في المنزل. وبنفس الطريقة يمكن للوالدين أن يتعلما أيضاً أساليب الرضاعة المناسبة أو الإطعام عامة وذلك من أخصائي اللغة والتخاطب.

الانتقال إلى مرحلة الرشد

تتفق معظم السلطات على أنه بالرغم من أن البرامج الانتقالية يجب أن تحظى بدرجة أكبر من التركيز وذلك بالنسبة للطلاب الأكبر سناً قياساً بأقرانهم الأصغر منهم سناً، وأن مثل هذه البرامج ينبغي أن تبدأ خلال سنوات المرحلة الابتدائية. ويوضح الجدول (5-3) أمثلة لبعض الأنشطة المنهجية خلال سنوات الدراسة بكل مرحلة من مراحل التعليم الابتدائية، والمتوسطة، والعليا وذلك فيما يتعلق بأربعة مجالات للمهارات هي المهارات المنزلية، ومهارات الحياة في المجتمع، ومهارات قضاء وقت الفراغ، والمهارات المهنية.

المرحلة الابتدائية

الطفل تيم Tim

1 - المهارات المنزلية :	2 - مهارات الحياة في المجتمع
- يلتقط اللعب.	- يتناول الوجبات في مطعم.
- يغسل الأطباق.	- يستخدم الاستراحة في مطعم محلي.
- يرتب السرير.	- يضع القمامة في الصندوق الخاص بها.
- يرتدي ملابسه.	- يستخدم المواصلات العامة.

- يهتم بالحيوانات المنزلية.
- يجيد مهارات تناول الطعام.
- يجيد مهارات استخدام التواليت.
- يرتدي الملابس الرياضية.
- يمكنه استخدام المكنسة الكهربية.

3- مهارات قضاء وقت الفراغ :

- يتسلق جهاز التأرجح.
- يلعب ألعاب الترابيزة.
- يلعب ألعاباً جماعية مع جيرانه.
- يؤدي بعض الأنشطة البهلوانية.
- الجري.
- لعب الكرة.

4 - المهارات المهنية :

- يستخدم النقود لشراء ما يريده من أشياء.
- يمكنه أن يقوم بتنظيف السفرة بعد تناول الوجبات.
- يعيد الألعاب إلى مكانها الأصلي.
- ينظف الغرفة في نهاية اليوم.
- يستمر في أداء مهمة معينة لمدة تتراوح بين 15-20 دقيقة.

المرحلة المتوسطة

الطفلة ماري Mary

1 - المهارات المنزلية:

- غسيل الملابس.
- طهي وجبة ساخنة بسيطة كالحساء.
- عمل وجبات خفيفة.
- إعداد قائمة بالأشياء المطلوبة من البقالة.
- شراء الأشياء الموجودة في قائمة.
- تنظيف غرفة المعيشة.
- جمع أوراق الشجر أو العشب.
- القيام بجز العشب.

2- مهارات الحياة في المجتمع :

- عبور الشارع في أمان.
- شراء شيء معين من قسم في متجر.
- شراء وجبة من المطعم.
- استخدام المواصلات المحلية.
- القيام بالأنشطة الترفيهية.
- الاشتراك في فريق الجوالة أو الكشافة.
- الذهاب إلى منزل أحد الجيران لتناول الطعام

3- مهارات قضاء وقت الفراغ :

- لعب الكرة الطائرة.
- حضور تدريبات الإيروبيك.

4- المهارات المهنية :

- تنظيف أرضية الغرفة والنوافذ.
- ملء جزازة العشب بالغاز.

- يهتم بالحيوانات المنزلية.
- يجيد مهارات تناول الطعام.
- يجيد مهارات استخدام التواليت.
- يرتدي الملابس الرياضية.
- يمكنه استخدام المكنسة الكهربية.

3- مهارات قضاء وقت الفراغ :

- يتسلق جهاز التأرجح.
- يلعب ألعاب الترابيزة.
- يلعب ألعاباً جماعية مع جيرانه.
- يؤدي بعض الأنشطة البهلوانية.
- الجري.
- لعب الكرة.

4 - المهارات المهنية :

- يستخدم النقود لشراء ما يريده من أشياء.
- يمكنه أن يقوم بتنظيف السفرة بعد تناول الوجبات.
- يعيد الألعاب إلى مكانها الأصلي.
- ينظف الغرفة في نهاية اليوم.
- يستمر في أداء مهمة معينة لمدة تتراوح بين 15-20 دقيقة.

المرحلة المتوسطة

الطفلة ماري Mary

1 - المهارات المنزلية:

- غسيل الملابس.
- طهي وجبة ساخنة بسيطة كالحساء.
- عمل وجبات خفيفة.
- إعداد قائمة بالأشياء المطلوبة من البقالة.
- شراء الأشياء الموجودة في قائمة.
- تنظيف غرفة المعيشة.
- جمع أوراق الشجر أو العشب.
- القيام بجز العشب.

2- مهارات الحياة في المجتمع :

- عبور الشارع في أمان.
- شراء شيء معين من قسم في متجر.
- شراء وجبة من المطعم.
- استخدام المواصلات المحلية.
- القيام بالأنشطة الترفيهية.
- الاشتراك في فريق الجوالة أو الكشافة.
- الذهاب إلى منزل أحد الجيران لتناول الطعام .

3- مهارات قضاء وقت الفراغ :

- لعب الكرة الطائرة.
- حضور تدريبات الإيروبيك.

4- المهارات المهنية :

- تنظيف أرضية الغرفة والنوافذ.
- ملء جزازة العشب بالغاز.

- اللعب مع صديق في لعبة جماعية.
- لعب الجولف بشكل مصغر.
- ركوب الدراجة.
- حضور مباريات كرة السلة.
- اللعب بالكرة الجليدية.
- السباحة.

- وضع ملابسه على الشماعات.
- يعمل لمدة تتراوح بين ساعة واثنتين.
- يقوم بتشغيل غسالة الأطباق.
- ينظف الأحواض والبانيو.
- يؤدي المهمة وفق التتابع المطلوب.
- يرفع الأطباق من على المائدة بالمطعم.

المرحلة الثانوية أو العليا

ساندي Sandy

1 - **المهارات المنزلية :**

- تنظيف جميع الغرف بمكان الإقامة.
- إعداد ميزانية أسبوعية.
- طهي الوجبات.
- تشغيل الثيرموستات أو جهاز التكييف.
- الاهتمام بالملابس والحفاظ عليها.
- العمل على إشباع الحاجات الشخصية.
- تنظيف حظيرة الحيوانات المنزلية.

2- **مهارات الحياة في المجتمع :**

- يتنقل بالمدينة مستخدماً الأتوبيس.
- يودع الشيكات في رصيده بالبنك.
- يتسوق في الأقسام المختلفة بالمتاجر.
- يستخدم محلات البقالة في التسوق.
- يستفيد من الخدمات الصحية المتوفرة.

3- **مهارات قضاء وقت الفراغ :**

- الفروسية.
- الرماية.
- المسابقات الشراعية.
- مشاهدة المباريات.
- ألعاب الفيديو.
- ألعاب الورق.
- السباحة.
- الرحلات.

4- **المهارات المهنية :**

- أداء دور البواب أو الحارس.
- أداء دور حارس الأرض.
- تقديم الطعام للآخرين في كافيتريا.
- القيام بغسيل الملابس في المغسلة.
- القيام بتصوير الأوراق.
- القيام بعمل المدير.
- تسوية الحدائق.

جدول (5-3) أمثلة للأنشطة المنهجية التي تتعلق بالمهارات المختلفة خلال سنوات الدراسة

وجدير بالذكر أن البرامج الانتقالية الخاصة بأولئك الأشخاص المتخلفين عقلياً التي يتم تقديمها لهم خلال هذه الفترة والتي تعرف في الأساس ببرامج الانتقال إلى مرحلة الرشد تتضمن في واقع الأمر مجالين مرتبطين هما:

1- تحقيق التكيف والتوافق في المجتمع.

2- العمل وشغل وظيفة معينة.

وسوف نقوم بتوضيح ذلك على النحو التالي:

تحقيق التوافق والتكيف في المجتمع

لكي يتمكن الأشخاص المتخلفون عقلياً من تحقيق التوافق في المجتمع فإنهم يحتاجون إلى اكتساب عدد من المهارات يقع معظمها في مجال مساعدة الذات، فقد يحتاجون على سبيل المثال إلى أن يتمكنوا من استخدام النقود، ووسائل النقل العام، وأن يحافظوا على هندامهم، وعلى نظام ونظافة غرفتهم. كذلك فإنهم يحتاجون من ناحية أخرى إلى أن يكتسبوا مهارات اجتماعية جيدة حتى يتمكنوا بموجبها من مسايرة الآخرين في المجتمع. وبوجه عام فقد كشفت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد أن تلك المحاولات التي يتم بذلها في سبيل تدريب أولئك الأفراد على اكتساب مهارات الحياة في المجتمع يمكن أن يكتب لها النجاح خاصة عندما يتم التدريب في إطار الأوضاع أو الخلفيات والأماكن الفعلية التي يحيون فيها.

وعلى الرغم من اتساع نطاق الوحدات الكبيرة للإقامة في المجتمع المحلي أو وحدات النزل الكبيرة التي ترتبط بالإقامة الداخلية بالنسبة للأشخاص المتخلفين عقلياً فإنها مع ذلك تكاد تختفي بمعدل سريع وتفسح المجال بذلك ليظهر اتجاه آخر نحو إقامة وحدات أصغر للإقامة في المجتمع المحلي. وتعمل وحدات الإقامة في المجتمع المحلي، أو تلك المنازل التي تخصص لمجموعات من هؤلاء الأفراد على تخصيص وتوفير مسكن ملائم لمجموعات صغيرة من الأشخاص المتخلفين عقلياً يتراوح عدد كل منها بين ثلاثة إلى عشرة أشخاص تحت توجيه وإشراف من مسئولين عن مثل هذا المسكن أو مديرين له. ويمكن أن يكون التسكين في مثل هذا المسكن دائماً أو قد يكون بمثابة تنظيم مؤقت يعمل على إعدادهم للمعيشة بشكل مستقل. وعلى أي حال فإن الهدف الذي تسعى وحدات الإقامة في المجتمع المحلي إلى تحقيقه إنما يتمثل في تعليم أولئك الأفراد وتدريبهم على مهارات الحياة المستقلة في إطار أوضاع أو خلفيات وأماكن تتسم بأنها طبيعية وذلك بدرجة تفوق ما يمكن أن تعرضه لهم المؤسسة الأكبر من هذه الوحدات الصغيرة.

ويتساءل بعض المختصين عما إذا كانت مثل هذه الوحدات تعمل على توفير فرص حقيقية لتحقيق الضم أو الاحتواء في المجتمع، وبالتالي فإنهم يوصون باتباع ما يعرف بالتدعيم المعيشي أو تقديم المساندات المعيشية حيث يتلقى الأشخاص المتخلفون عقلياً خلاله المدعمات أو المساندات التي تمكنهم من الحياة في إطار أوضاع أو خلفيات وأماكن تتسم بأنها طبيعية وغير مؤسسية كمنازلهم أو الشقق التي يسكنون فيها على سبيل المثال. كما أنهم يتلقون ذلك من مصادر للدعم والمساندة تعرف بأنها كما أشرنا سلفاً مدعمات طبيعية. وبذلك فإن تقديم المساندات المعيشية كاتجاه يعني رفض تلك الفكرة التي تضع خدمات الإقامة على متصل معين، ويركز هذا الاتجاه بدلاً من ذلك على الرعاية والمعاملة التي يتم تقديمها لهؤلاء الأفراد في سبيل تعليمهم تلك المهارات التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى انتقالهم إلى البيئة التالية التي سوف يقيمون فيها والتي تتسم بأنها أقل تقييداً. وإلى جانب ذلك يعمل هذا الاتجاه على مساعدة أولئك الأشخاص كي يخبروا التواجد في المجتمع لمحلي والمشاركة في منازلهم هم أنفسهم. ويشير هاو وآخرون Howe et.al. (1998) إلى أنه بدلاً من اندماجهم في وحدات الإقامة الموجودة بالفعل كالبيوت الجماعية التي تقدم مجموعة معينة من الخدمات ذات نمط ومستوى معين فإن تقديم المساندات المعيشية في هذا الإطار يتضمن تقديم تلك المساندة التي تتفق مع حاجات الفرد (المتخلف عقلياً) وتفضيلاته والتي تتغير بطبيعة الحال كلما تغيرت مثل هذه الحاجات والتفضيلات.

ويرى ستانكليف وآخرون Stancliffe et.al.(2000) أن هناك بعض الأدلة التي تؤكد على أن أسلوب تقديم المساندات المعيشية والترتيبات التي تتعلق به يساعد أولئك الأشخاص المتخلفين عقلياً في الوصول إلى مستوى أعلى من تحديد الذات وذلك قياساً بما يمكن أن تقدمه وحدات الإقامة في المجتمع المحلي. كذلك فإن العديد من السلطات تعتقد أن الأسرة تعد في هذا الصدد بمثابة عامل حاسم في تحديد مدى النجاح الذي يمكن أن يحققه الشخص المتخلف عقلياً في كل من تحقيق التوافق مع المجتمع المحلي من ناحية، وفي العمل أو شغل وظيفة معينة من ناحية أخرى. وعلى الرغم من أن الكثيرين يرون أن تقديم المساندات المعيشية يعتبر مثالياً ideal في هذا الإطار فإن الغالبية العظمى من الأشخاص المتخلفين عقلياً لا يزالون يعيشون مع أسرهم (MR/ DD Data Brief, 2001). وحتى بالنسبة لأولئك الأشخاص المتخلفين عقلياً الذين يعيشون بعيداً عن أسرهم فإن الأسرة يمكن أن تظل بالنسبة لهم بمثابة مصدر هام لتقديم تلك المساندة التي تمكنهم من الحياة في المجتمع المحلي، وفي البحث عن الوظائف وشغلها، والاستمرار فيها.

العمل وشغل وظيفة معينة

يشير بلاكوربي وواجنر Blackorby &Wagner (1996) إلى أنه من الناحية التقليدية تكاد تنحصر فرص العمل التي يمكن أن تتاح أمام الأشخاص المتخلفين عقلياً حيث وجد الباحثون على سبيل المثال من خلال ذلك المسح القومي الأكثر دقة الذي تم القيام به في العقد الماضي أن من بين أولئك الأشخاص المتخلفين عقلياً الذين مضت فترة على إنهائهم للمرحلة الثانوية تتراوح بين ثلاث إلى خمس سنوات لم يتم الالتحاق بالوظائف المختلفة إلا من جانب حوالي 37 % تقريباً منهم فقط وذلك في إطار ذلك الاتجاه المعروف بأسلوب التوظيف أو التشغيل التنافسي.

وعلى الرغم من أن إحصائيات العمل الخاصة بأولئك العاملين من بين الأشخاص المتخلفين عقلياً تعتبر في أساسها غير مشجعة على الإطلاق فإن معظم المختصين في هذا المجال يشعرون بالتفاؤل من إمكانية تقديم برامج تدريبية من شأنها أن تساعد هؤلاء الأفراد في إيجاد فرص عمل مناسبة لهم. ويرى نايتوبسكي وآخرون Nietupski et.al. (1996) أن نتائج البحوث التي تتعلق بذلك تشير إلى أنه حينما يتلقى الأشخاص المتخلفون عقلياً التدريب المناسب يصبح بإمكانهم الاستمرار في تلك الوظائف التي يشغلونها، وتحقيق قدر معقول من النجاح فيها كما يعكسه حضورهم المنتظم للعمل وعدم تغيبهم عنه أو بحثهم عن مبررات يتمكنون بموجبها من التغيب، كما يعكسه أيضاً إقبالهم عليه، ورضاهم عنه، وطول المدة التي يشغلون خلالها تلك الوظائف.

وعندما لا يتمكن الأشخاص المتخلفون عقلياً من تحقيق النجاح في مثل هذه الوظائف التي يشغلونها فإن السبب الذي قد يكمن خلف ذلك غالباً ما يتضمن بعض السلوكيات التي ترتبط بالمسئولية الوظيفية والمهارات الاجتماعية وذلك قياساً بالأداء الوظيفي في حد ذاته. وهذا يعني أن المشكلة لا تكمن في أن الأشخاص المتخلفين عقلياً لا يمكنهم أن يقوموا بالأداء الوظيفي، أو لا يمكنهم أن يقوموا بتلك الوظيفة أو الوظائف كما ينبغي نظراً لوجود بعض الصعوبات لديهم تتعلق بأمور معينة مثل الحضور الذهني، والمبادرة، والاستجابة للنقد، وإقامة التفاعلات الاجتماعية مع زملائهم في العمل ومن يقومون بالإشراف عليهم. ومن المعروف أن مشكلة إقامة التفاعلات الاجتماعية هذه من شأنها أن تميز بشكل أكثر ثباتاً بين أولئك العاملين المتخلفين عقلياً وأقرانهم العاديين أو غير المتخلفين.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الاتجاهات التي تتعلق بالتدريب المهني والتشغيل للأشخاص المتخلفين عقلياً والتي يمكن من خلالها إعدادهم جيداً لشغل وظيفة أو وظائف معينة تتناسب معهم ومع قدراتهم وإمكاناتهم. ومن الملاحظ أن معظم هذه الاتجاهات تندرج

في واقع الأمر تحت نوعين مختلفين تماماً من الترتيبات التي يتم إعدادها لهؤلاء الأفراد كي تساعدهم في هذا الصدد هما :

1- الورش التي تتبع النظام الوقائي.

2- التشغيل التنافسي القائم على المساندة.

وتعتبر الورش التي تتبع النظام الوقائي sheltered workshops بمثابة بيئة تقليدية للتدريب على العمل بالنسبة للراشدين المتخلفين عقلياً وخاصة أولئك الأشخاص الذين يتم تصنيفهم على أنهم من مستوى التخلف العقلي الأكثر شدة. وهذا الأسلوب ما هو إلا بيئة منظمة يتلقى الشخص المتخلف عقلياً فيها التدريب اللازم حتى يتمكن من أداء العمل المناط به، ويعمل مع غيره من الأشخاص ذوي الإعاقات في مهن لا تتطلب سوى مهارات منخفضة نسبياً. وقد يكون هذا الأسلوب إما تسكيناً دائماً أو مؤقتاً وذلك قبل أن يحصل الفرد على وظيفة معينة في سوق العمل التنافسي.

ومن الملاحظ أن العديد من السلطات يعبرون عن عدم رضاهم عن أسلوب الورش التي تتبع النظام الوقائي، ويوجهون له الكثير من النقد إذ أنهم يجدون فيه وسيلة تحد من العائد من هذا الأسلوب. ومن أهم أوجه النقد التي يتم توجيهها لتلك الورش ما يلي :

1- أن العاملين يحصلون على أجور منخفضة جداً نظراً لأن هذا الأسلوب أي الورش التي تتبع النظام الوقائي نادراً ما تدر عائداً عليهم. ونظراً لأن هذا الأسلوب التدريبي عادة ما يدار من قبل هيئة تدريبية لديها خبرة إدارية وتجارية محدودة فإنهم يعتمدون بشدة على الإسهامات الخيرية.

2- لا يتضمن هذا الأسلوب أي ضم أو احتواء للعاملين ذوي الإعاقات مع أقرانهم العاديين وهو ما يعد بمثابة وضع مقيد من شأنه أن يجعل من الصعب إعداد العاملين المتخلفين عقلياً لكي يتمكنوا من العمل المناط بهم جنباً إلى جنب مع غيرهم من أقرانهم العاملين غير المعوقين.

3- أن أسلوب الورش التي تتبع النظام الوقائي لا تقدم سوى خبرات محدودة تتعلق بالتدرب على العمل. ومع أن الورشة الجيدة ينبغي أن تتيح الفرص المناسبة أمام المتدربين حتى يتمكنوا من تعلم مجموعة من المهارات الجديدة التي تعينهم على أداء ما يناط بهم من أعمال فإن العمل الذي يتيحه ذلك الأسلوب يعد تكرارياً، وبالتالي فإنه لا يستغل تلك التطورات التكنولوجية الراهنة التي تشهدها الصناعة.

وعلى العكس من أسلوب الورش التي تتبع النظام الوقائي فإن أسلوب التشغيل التنافسي competitive employment يعتبر اتجاهاً يعمل على توفير وظائف لهؤلاء الأفراد في مقابل الحصول على الأقل على الحد الأدنى من الأجر الذي يمكن الحصول عليه في مواقف العمل التي تقوم على الدمج أو التكامل والتي يكون معظم العاملين فيها من العاديين. أما في التشغيل التنافسي القائم على المساندة supported competitive employment فإن ذلك الشخص المتخلف عقلياً يكون في وضع تشغيل تنافسي ولكنه مع ذلك يتلقى مساعدة مستمرة يقدمها له في الغالب ذلك المدرب الذي يساعده على أداء تلك الوظيفة التي يشغلها أو المدرب المهني. وإضافة إلى ذلك التدريب الذي يتم تقديمه لهؤلاء الأفراد أثناء الخدمة فإن المدرب الذي يساعدهم على أداء تلك الوظائف أو المدرب المهني قد يقوم أيضاً بتقديم المساعدة لهم في جوانب أخرى ذات صلة بالمجال الوظيفي كالبحث عن مهنة مناسبة على سبيل المثال، والتفاعل مع الموظفين الآخرين ومع أصحاب العمل، واستخدام وسائل النقل والمواصلات، والاشتراك مع مؤسسات أو هيئات أخرى في العمل.

ويشير مانك وآخرون Mank et.al.(2000) إلى أننا إذا ما نظرنا إلى هذين الأسلوبين الذين يتم من خلالهما تقديم التدريب المهني للأشخاص المتخلفين عقلياً وإتاحة الفرص المناسبة للتشغيل أمامهم فإننا نجد أن التشغيل التنافسي القائم على المساندة قياساً بأسلوب الورش التي تتبع النظام الوقائي يعد هو الأكثر توافقاً وتمشياً مع فلسفة تحديد الذات وهو الأمر الذي عرضنا له سلفاً. ومع ذلك فلكي نتمكن من تحقيق الهدف من تحديد الذات يصبح من المهم بالنسبة للعملاء والذين يتمثلون هنا في أولئك الأفراد المتخلفين عقلياً سواء كانوا من المراهقين أو حتى من الراشدين ألا يصيروا أكثر اعتماداً على المدرب المهني الذي يدربهم على أداء تلك الوظائف التي يشغلونها في الواقع. ولهذا السبب فإن ذلك الدور الذي ينبغي أن يؤديه المدرب المهني قد تعرض للتغيير في السنوات الأخيرة حيث يرى البعض أن مثل هذا الشخص يعمل الآن على جمع زملاء الأشخاص المتخلفين عقلياً الذين يعملون معهم في نفس الوظائف التي يؤدونها والسماح لهم بأن يقوموا بدور المدرب بالنسبة لهم ذلك الدور الذي كان يقوم هو به من قبل. وبعد فترة من الوقت يمكن لهؤلاء العاملين المتخلفين عقلياً أن يستغنوا عن المدرب المهني، وأن يتعلموا استخدام المساندات أو المدعمات الطبيعية بدرجة أكبر والتي قد تأخذ شكل الأقارب، أو الجيران، أو الأصدقاء، أو زملاء العمل وذلك بدلاً من الاعتماد على الهيئة العاملة بأي مؤسسة اجتماعية.

وليس من المستغرب كما يشير تست وآخرون Test et.al. (2000) أن يعبر العاملون المتخلفون عقلياً عن درجة عالية من الرضا الوظيفي في أسلوب التشغيل التنافسي القائم على المساندة قياساً بأسلوب الورش التي تتبع النظام الوقائي، أي أنهم وفقاً لذلك يبدون قدراً من

الرضا في الأسلوب الأول قياساً بما يبدونه في الأسلوب الثاني. هذا وقد وجد الباحثون أن الانتقال من بيئات العمل التي تتبع النظام الوقائي إلى التشغيل القائم على المساندة يقلل من التكاليف المطلوبة لذلك بشكل كبير وفعال. وعلاوة على ذلك فإن هذا الاتجاه قد أدى كما يرى ماكوفرين وآخرون (1993) .McCaughrin et.al وريفيل وآخرون (1994).Revell et.al إلى حدوث زيادة في المرتبات التي يحصل عليها العاملون المتخلفون عقلياً وذلك بنسبة 500% تقريباً أي أنه قد أدى إلى حدوث زيادة يصل مقدارها إلى خمسة أضعاف مقدارها الحالي الذي يحصل عليه العامل أو الواحد منهم. وعلى الرغم من أن الهدف النهائي بالنسبة لبعض الراشدين المتخلفين عقلياً قد يتمثل في التشغيل التنافسي فإن معظمهم قد يحتاج التشغيل القائم على المساندة لجزء من الوقت أو حتى بشكل دائم.

ومن الواضح أن التشغيل التنافسي القائم على المساندة قد ازدهر بشكل كبير كما يرى أولني وكنيدي (2001) Olney &Kennedy ورغم ذلك فإن عدد العاملين في الورش التي تتبع النظام الوقائي لا يزال يتفوق على عدد أقرانهم في نظام التشغيل التنافسي. ووفقاً لما كشفت عنه دراسة حديثة على المستوى القومي عن أولئك الأشخاص المتخلفين عقلياً الذين يتلقون خدمات مهنية متعددة كان 16% تقريباً منهم فقط يعملون في نظام التشغيل التنافسي بينما بلغت نسبة من يعملون وفق نظام تشغيل غير تنافسي 80% تقريباً.

آفاق مستقبلية

من الملاحظ أن تلك الأرقام الدالة على فرص التوظيف أو التشغيل الحالية والترتيبات الحياتية للراشدين المتخلفين عقلياً ما هي إلا أرقام وفرص واهية وكئيبة، ومع ذلك فهناك من الأسباب ما يجعلنا نشعر بالتفاؤل بالنسبة للمستقبل حيث توضح الأدلة المختلفة المتاحة حالياً أن أصحاب العمل يتبنون في وقتنا الراهن اتجاهاً يميل إلى إتاحة الفرصة للراشدين المتخلفين عقلياً كي يجدوا فرص عمل لديهم. كما أن عائد ذلك على الأشخاص المتخلفين عقلياً من جانب آخر يظهر كما يرى فرانك وستلنجتون (2000)Frank & Sitlington تحسناً مستمراً على الرغم من أن مثل هذا التحسن يعد بطيئاً حيث تزداد فرص العمل أمامهم، كما تتزايد تلك الترتيبات المعيشية التي يتم إعدادها لهم. وكما أشارت ساندرا كوفمان Kaufman S. في بداية هذا الفصل فإن الأمر بالنسبة لتطوير البرامج الانتقالية الجديدة قد وصل فيما يتعلق بالعديد من الأشخاص المتخلفين عقلياً إلى ذلك الحد الذي ساعدهم كثيراً في الوصول إلى مستويات مقبولة من الحياة المستقلة في مجتمعهم المحلي إلى جانب مساعدتهم في أداء تلك الوظائف التي يشغلونها بشكل مستقل أيضاً وهو الأمر الذي لم يعتقد أحد أبداً أنه يمكن أن يحدث بمثل هذه الكيفية.

الخلاصة: Summary

يبدي العديد من المختصين مزيداً من الحذر عند تشخيص التلاميذ على أنهم متخلفين عقلياً وذلك قياساً بما كان الأمر عليه من قبل. وقد رجع ذلك في واقع الأمر إلى العديد من الأسباب من أهمها ما يلي:

1- أن هناك تاريخاً معروفاً يتعلق بإساءة تشخيص أو الخطأ في تشخيص أولئك التلاميذ الذين ينحدرون من جماعات الأقليات المختلفة.

2- أن نعت التخلف العقلي قد يكون له آثار سلبية على التلاميذ.

3- أن البعض يعتقد أن التخلف العقلي يرجع إلى حد ما إلى عوامل اجتماعية.

هذا وتعكس تلك التغيرات التي شهدها ذلك التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على مدى العديد من السنوات هذا الاتجاه الحذر نحو التشخيص. ومع ذلك فإن التعريف الحالي الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR يستمر في ثلاثة اتجاهات أساسية لا يمكن النظر إلى ذلك التعريف دون النظر إليها ووضعها في الاعتبار. ويمكن أن نعرض لمثل هذه الاتجاهات كالتالي:

1- توسيع مجال التعريف لأكثر من مجرد الاعتماد على محك واحد فقط يتمثل في نسبة الذكاء ليشمل بذلك المهارات التكيفية أيضاً.

2- تخفيض نسبة الذكاء التي يتم استخدامها كحد فاصل.

3- النظر إلى التخلف العقلي على أنه حالة يمكن لها أن تتحسن في ظل ظروف معينة.

هذا وتقدم الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تصنيفاً تقليدياً للأشخاص المتخلفين عقلياً وفقاً لمستوى تخلفهم العقلي الذي يستند في الأساس على نسب ذكائهم وذلك إلى أربعة مستويات هي التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، والشديد جداً أو الحاد. ومع ذلك فإن تلك الجمعية في الوقت الراهن توصي باللجوء إلى تصنيف آخر قدمته تستند فيه على مستوى المساندة التي يحتاجها الشخص المتخلف عقلياً حيث ترى أن هناك أربعة مستويات للتخلف العقلي وفقاً لمستوى المساندة المطلوب هي:

1- مستوى المساندة المتقطعة intermittent .

2 - مستوى المساندة المحدودة limited.

3- مستوى المساندة الممتدة أو الشاملة extensive.

4- مستوى المساندة العامة pervasive .

هذا وقد تعرض ذلك النسق التصنيفي للتخلف العقلي الذي قدمته تلك الجمعية إلى العديد من أوجه النقد على أساس أن مثل هذا التصنيف يذهب بعيداً في إنكار وجود التخلف العقلي لدى الشخص، كما أنه من الأكثر اعتدالاً وإنصافاً أن نقوم بتصنيف الأشخاص بناء على مستوى شدة التخلف العقلي من جانبهم. وفضلاً عن ذلك فقد تم تقديم تعريفين آخرين للتخلف العقلي من جانب الجمعية الأمريكية لعلم النفس والجمعية الأمريكية للطب النفسي لا يختلفان في واقع الأمر عن ذلك التعريف الحالي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي سوى في نقطة واحدة هامة فقط تتمثل في استمرارهما في استخدام التصنيف التقليدي للتخلف العقلي الذي يضم أربعة مستويات هي التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، والشديد جداً أو الحاد.

ومن وجهة النظر الإحصائية النظرية الخالصة فإن هناك 2.27% تقريباً من أفراد المجتمع يحصلون على درجات منخفضة جداً على مقياس الذكاء حيث تقل درجاتهم عن 70 ومن ثم يتم تشخيصهم على أنهم متخلفون عقلياً. ومع ذلك فإن الأرقام توضح أن ما بين 1- 1.5% تقريباً من أفراد المجتمع متخلفون عقلياً. وقد يرجع ذلك التفاوت أو التباين إلى استخدام المسئولين بالمدرسة لمحك منخفض للسلوك التكيفي إضافة إلى نسبة ذكاء منخفضة وذلك كمحكات للتخلف العقلي. وإضافة إلى ذلك فإن هناك ميلاً إلى نعت التلاميذ بأنهم يعانون من صعوبات التعلم بدلاً من نعتهم بالتخلف العقلي لأنهم يرون في صعوبات التعلم وصمة أقل من التخلف العقلي.

وهناك في واقع الأمر العديد من الأسباب التي تكمن خلف التخلف العقلي تصنفها الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وفقاً لوقت حدوثها فيؤدي ذلك إلى وجود ثلاث مجموعات من العوامل على النحو التالي:

1- عوامل أو أسباب ما قبل الولادة.

2- عوامل أو أسباب أثناء الولادة.

3- عوامل أو أسباب ما بعد الولادة.

هذا ويمكن أن نقوم من جانب آخر بتصنيف أسباب ما قبل الولادة إلى أربع مجموعات فرعية كما يلي:

أ- الاضطرابات الكروموزومية ؛ وتضم عدداً من المتلازمات الجينية المرضية من أهمها ما يلي:

- متلازمة أعراض داون.

- متلازمة أعراض وليامز.
- متلازمة أعراض الكروموزوم X الهش.
- متلازمة أعراض برادر- ويلي.

ب- أخطاء أو مشكلات ولادية في الأيض أو التمثيل الغذائي كالفينيلكيتونوريا PKU.

جـ- اضطرابات نمائية تؤثر على تكوين المخ؛ مثل صغر الدماغ، واستسقاء الدماغ.

د - المؤثرات البيئية؛ ومن أهمها ما يلي:

- سوء تغذية الأم الحامل.
- متلازمة أعراض التعرض الجنيني للكحوليات fetal alcohol syndrome.
- الحصبة الألمانية.

ومن الجدير بالذكر أن كلاً من متلازمة أعراض داون ومتلازمة أعراض وليامز تنتج عن أخطاء كروموزومية أو شذوذ كروموزومي ولكنهما مع ذلك ليستا وراثيتين، أما متلازمة أعراض الكروموزوم X الهش ومتلازمة أعراض برادر- ويلي فهما وراثيتان. ومن ناحية أخرى يمكن للأطباء في الوقت الراهن عن طريق إجراء الفحوص أثناء فترة الحمل اكتشاف العديد من جوانب القصور لدى الجنين.

أما المجموعة الثانية من العوامل والتي تتمثل في تلك الأسباب التي تحدث أثناء الولادة فتضم ما يلي :

1- الاختناق أو عدم وصول الأكسجين إلى مخ الوليد.

2- انخفاض الوزن عند الميلاد، أو الولادة المبتسرة.

3- الإصابة بالعدوى كالزهري والهربز.

بينما يمكن من جانب آخر أن نقوم بتصنيف مجموعة العوامل التي تحدث بعد ميلاد الطفل إلى مجموعتين رئيسيتين من العوامل تضم كل منهما العديد من العوامل الفرعية وذلك على النحو التالي:

1- أسباب بيولوجية؛ من أهمها ما يلي:

- إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات.
- الإصابة بالعدوى مثل التهاب السحايا أو التهاب الدماغ.

2- الأسباب النفسية الاجتماعية؛ وتتضمن هذه المجموعة من الأسباب البيئة غير المثيرة للطفل، أي البيئة الفقيرة.

هذا ويستخدم البعض مصطلح التخل العقلي الثقافي الأسريcultural-familial MR للإشارة إلى تلك الأسباب التي ترتبط بالبيئة الفقيرة، أو بالعوامل الوراثية، أو بكليهما معاً. وعلى الرغم من استمرار المناقشة حول أثر كل من الطبع والتطبعnature-nurture على مدى العديد من السنوات فإن الغالبية العظمى من الباحثين والعلماء يعتقدون في وقتنا الراهن أن التفاعل بين البيئة والوراثة هو الأهم في تحديد الذكاء.

ومن أكثر مقاييس الذكاء شيوعاً واستخداماً مقياس ستانفورد- بينيه Stanford-Binet ومقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال. كما يوصي البعض باستخدام بطارية كوفمان للأطفالK-ABC وخاصة مع التلاميذ الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي نظراً لأنها تعد أقل تحيزاً للثقافة. وفضلاً عن ذلك فإن هناك العديد الاحتياطات التي يجب اللجوء إليها عند استخدام اختبارات الذكاء وتفسير تلك الدرجة التي يحصل الطفل عليها، ونسبة ذكائه هي :

1- أن الدرجة الدالة على نسبة ذكاء الفرد يمكن أن تتغير.

2- أن كل اختبارات الذكاء تنحاز ثقافياً إلى حد ما.

3- كلما كان الطفل أصغر سناً كانت النتائج التي يسفر عنها الاختبار أقل ثباتاً.

4- أن قدرة الفرد على أن يحيا بشكل ناجح وأن يحقق العديد من الإنجازات لا تتوقف فقط على نسبة ذكائه.

وإلى جانب اختبارات الذكاء التي أشرنا إليها هناك العديد من اختبارات السلوك التكيفي حيث يتم استخدام كلا النمطين من الاختبارات في تشخيص التخلف العقلي. ومن الملاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون من مشكلات التعلم التي ترتبط بما يلي :

1- الانتباه.

2- الذاكرة، وخاصة الذاكرة العاملة.

3- النمو اللغوي.

4- التحصيل الأكاديمي.

5- تنظيم الذات.

6- النمو الاجتماعي.

7- الدافعية.

وغني عن البيان أن هناك مفهوماً هاماً يرتبط بتنظيم الذات أو التنظيم الذاتي هو ما وراء المعرفة metacognition ويعني وعي الفرد بتلك الاستراتيجيات التي يحتاجها في سبيل أداء مهمة معينة، والقدرة على استخدام ميكانيزمات التنظيم الذاتي قبل وأثناء وبعد أداء المهمة. ومن جانب آخر فقد شرع الباحثون والعلماء في ربط المتلازمات الجينية بأنماط سلوكية كلية معينة فتتسم متلازمة أعراض داون على سبيل المثال بضعف اللغة التعبيرية أو القصور فيها مع وجود مهارات بصرية مكانية جيدة نسبياً، بينما ترتبط متلازمة أعراض وليامز بالارتفاع النسبي في المهارات اللفظية، والانخفاض النسبي في المهارات البصرية المكانية.

وفضلاً عن ذلك فإن تعليم التلاميذ المتخلفين عقلياً قد تأثر كثيراً بتلك السياسات التي ترتبط به كالضم أو الاحتواء، وتحديد الذات على سبيل المثال. وإذا كان تحديد الذات يعد بمثابة القدرة على تحديد الاختيارات الشخصية، وتنظيم الفرد لحياته، ودفاعه عن ذاته فإن هذا لا يحدث بسهولة للأطفال المتخلفين عقلياً بل لا بد من تعليمهم إياه، وتدريبهم عليه. هذا وتركز تلك الأهداف التربوية التي يتم تحديدها للأطفال المتخلفين عقلياً من المستوى البسيط على تلك المهارات التي تتعلق بالأهبة أو الاستعداد وهم في سن أصغر، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وتحقيق التوافق في المجتمع المحلي، وتقديم التدريب المهني في سن أكبر. أما البرامج التربوية التي يتم إعدادها للأطفال المتخلفين عقلياً من المستوى الشديد فتتسم بما يلي :

1- التعليم النظامي أو المنتظم.

2- التعليم في مواقف حياتية واقعية باستخدام مواد وأدوات فعلية.

3- التقييم السلوكي الوظيفي أو تدعيم السلوك الإيجابي.

وإذا ما وضعنا في اعتبارنا بدرجة كبيرة مستوى التخلف العقلي أو الحاجة إلى المساندة فيمكننا اختيار تلك البيئة التي نضع فيها أولئك التلاميذ المتخلفين عقلياً والتي تتراوح بين الفصول العادية ومؤسسات أو مراكز الإقامة الداخلية. ولا يزال التسكين الشائع لهؤلاء الأطفال متمثلاً في فصول التربية الخاصة إلا أن غالبيتهم مع ذلك يتعلم في تلك الفصول التي يضمها التعليم العام. وجدير بالذكر أن تلك البرامج التي يتم تقديمها في مرحلة ما قبل المدرسة والتي تعرف ببرامج التدخل المبكر تختلف في أهدافها بين الوقاية من التخلف العقلي وتنمية أولئك الأطفال الذين يتم بالفعل تشخيصهم على أنهم متخلفون عقلياً وذلك في جوانب النمو المختلفة. ويتم تقديم البرامج الوقائية لأولئك الأطفال المعرضين لخطر التخلف العقلي البسيط، بينما يتم تقديم البرامج الإنمائية للأطفال المتخلفين عقلياً من المستوى الشديد. وقد

كشفت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد عن وجود علاقة واضحة بين تقديم برامج التدخل المبكر للأطفال ونجاحهم اللاحق في الحياة.

أما برامج الانتقال إلى مرحلة الرشد على الجانب الآخر فتتضمن أهدافاً ترتبط بالحياة المنزلية، والحياة في المجتمع المحلي، وقضاء وقت الفراغ، والمهارات المهنية. وعلى الرغم من زيادة التركيز على برامج الانتقال هذه مع زيادة العمر فإن السلطات المختصة توصي بأن تبدأ مثل هذه الجهود في المدرسة الابتدائية. وإذا كانت المؤسسات الكبيرة التي تعتبر مراكز للإقامة الداخلية قد بدأت في الاضمحلال فإن معظم الراشدين المتخلفين عقلياً الذين يعيشون بمعزل عن أسرهم أو بعيداً عنها عادة ما يعيشون في مراكز الإقامة بالمجتمع المحلي، أو في البيوت المخصصة للمجموعات أو ما يطلق عليها البعض البيوت الجماعية والتي يقطن فيها ما بين ثلاثة إلى عشرة أشخاص من المتخلفين عقلياً. ومع ذلك فهناك اتجاه نحو تقديم ترتيبات المساندة المعيشية لهم والتي يعيشون على أثرها بشكل كبير في أوضاع طبيعية مثل منازلهم أو تلك الشقق التي يسكنون فيها. وحتى في ظل تلك الجهود التي تهدف إلى مساعدتهم على أن يحيوا حياة أكثر استقلالاً فإن معظم الراشدين المتخلفين عقلياً يعيشون مع أسرهم .

ومما لا شك فيه أن تلك الصورة التي تعكس تشغيل أو توظيف الأفراد المتخلفين عقلياً متغيرة وغير ثابتة. وهناك في واقع الأمر اتجاهان لتشغيل هؤلاء الأفراد المتخلفين عقلياً يتمثلان في الاتجاهين التاليين:

1- الورش التي تتبع النظام الوقائي.

2- التشغيل التنافسي القائم على المساندة.

وعلى الرغم من شيوع الأسلوب الأول فإن هناك العديد من نوحي القصور التي ترتبط به حيث ينظر البعض إليه على أنه يعد بمثابة وسيلة تحد كثيراً من ذلك العائد الذي يمكن أن يترتب عليه. ومن أهم ما تم توجيهه له من نقد ما يلي :

1- أن الأجور التي يحصل عليها هؤلاء الأفراد تعد منخفضة جداً.

2- لا يوجد أي دمج لهم مع أقرانهم غير المعوقين.

3- أنه يوفر فقط خبرات محدودة للتدريب الوظيفي.

ومن ناحية أخرى فإن الأسلوب الثاني للتشغيل قد ازداد منذ بداية الثمانينيات من القرن الماضي، ويلعب المدرب المهني دوراً هاماً في نجاح هذا الأسلوب حيث يوفر تدريباً أثناء الخدمة لهؤلاء الأفراد، ويساعدهم على اختيار المهن المناسبة لهم، وعلى التفاعل مع العاملين

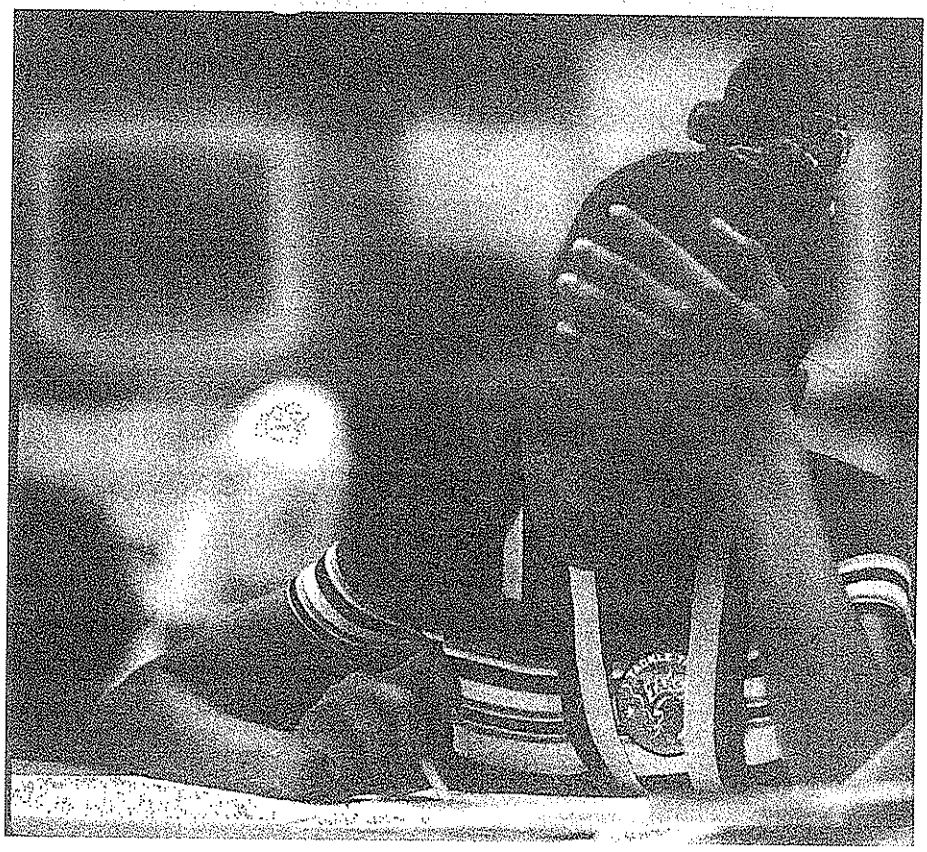
الآخرين ومع أصحاب العمل، وعلى استخدام وسائل النقل والمواصلات، وعلى الاستفادة من المؤسسات والهيئات الأخرى. إلا أن دور المدرب المهني قد تعرض رغم ذلك للتغيير ليعطي الفرصة لما يعرف بالمدعمات الطبيعية كي تلعب دوراً أكبر، وربما تقوم بدوره هو فيما بعد. ومع انخفاض معدل الاعتماد على المدرب تم تدريب الزملاء العاديين في العمل كي يقوموا بدور المدرب وذلك بالنسبة لزملائهم المتخلفين عقلياً. وعلى الرغم من أن معدلات تشغيل هؤلاء الأفراد لا تزال غير مشجعة فإن تطوير البرامج الحديثة يعطينا أملاً للتفاؤل فيما يتعلق بالحياة المجتمعية للمتخلفين عقلياً، وإتاحة فرص العمل والتشغيل أو التوظيف أمامهم.

الفصل السادس

6

الأطفال ذوو صعوبات التعلم

Learners with Learning Disabilities



مقدمة:

من الجدير بالذكر أن ذلك التعليق الذي تسوقه لين بيلكي (Lynn Pelkey (2001 عن عسر القراءة dyslexia أو صعوبة القراءة reading disability ينبغي أن يعطي بعضاً من السلوى أو العزاء للباحثين، والمعلمين، والآباء، وواضعي السياسات الذين حاولوا أن يضعوا تعريفاً محدداً لصعوبات التعلم learning disabilities منذ تعريفها رسمياً من جانب الحكومة الفيدرالية في الستينيات من القرن الماضي. ومع أن بيلكي Pelkey قد عانت من صعوبة واحدة فقط من تلك الصعوبات، ولكنها تعد من أكثر هذه الصعوبات شيوعاً هي عسر أو صعوبة القراءة، واستطاعت أن تتعايش معها لمدة خمس وثلاثين سنة فإنها لا تزال رغم ذلك غير قادرة على أن تحدد جوهر مثل هذه المشكلة على وجه التحديد. وعلى ذلك فإن القضية الخطيرة التي يشهدها مثل هذا المجال تتمثل أساساً في أنها سواء كانت هي نفسها أو أفضل المنظرين والممارسين لا يزالون غير قادرين على تحديد صعوبات التعلم بلغة متقنة ومحكمة وهو الأمر الذي لا يعني مطلقاً أن تلك الصعوبة التي تعاني هي منها لا تعد حقيقة واقعة، بل العكس هو الصحيح حيث أننا إذا ما قرأنا حكايتها فسوف يتضح لنا جلياً أنها مثل الملايين غيرها الذين يعانون من صعوبات التعلم قد واجهت تحديات جسيمة ليس في المجال الأكاديمي فحسب، بل في المجال الاجتماعي أيضاً.

ويتضح من حكايتها أنها استطاعت في النهاية أن تتغلب على مشاعر الرفض التي لاحقتها، واستطاعت أن تحصل على وظيفة، وحصلت كذلك على شهادة من كلية المجتمع بمرتبة الشرف. ومع ذلك فإن نجاحها هذا لم يأت من مجرد العمل الجاد والشاق من جانبها، والمساندة التي تلقتها من الآخرين فحسب، ولكنه قد نتج أيضاً عن تغلبها على صعوبة التعلم التي تعاني منها حيث عملت على مواجهة مشاعرها خاصة ما يتعلق منها بأنها تعتبر غبية وذلك في محاولة من جانبها كي تحقق السلام مع نفسها. وكما سنوضح في موضع لاحق من الفصل الحالي فإن قدرة الفرد على التحكم في حياته تعد هي الفيصل الذي يمكن أن يميز غالباً بين أولئك الأفراد ذوي صعوبات التعلم الذين يعتبر أداؤهم الوظيفي على مستوى جيد خلال مرحلة الرشد قياساً بأقرانهم الذين لا يتسم أداؤهم الوظيفي بذلك.

هذا وقد أدى الجدل الدائر لتحديد وتفسير طبيعة صعوبات التعلم إلى وجود خلط واضطراب كبيرين بين المختصين في هذا المجال وذلك في سبيل تحديد أفضل الطرق والأساليب التي يمكن اللجوء إليها لتعليم أولئك التلاميذ. وهناك في الواقع عاملان على الأقل قد ساهما كثيراً في حدوث مثل هذا التداخل هما:

1- أن لغز أولئك الأطفال الذين لا يعتبرون من المتخلفين عقلياً ولكنهم يعانون في ذات الوقت من مشكلات أكاديمية حادة قد أدى بوالدي هؤلاء الأطفال والمختصين إلى البحث عن حلول بسيطة وسريعة لتلك المشكلات وكأن مثل هذه الحلول تعتبر معجزات. أما الآن فإننا جميعاً ندرك أن صعوبات التعلم في أغلب الأحيان تعد بمثابة حالة تستمر مدى الحياة، وبالتالي ينبغي على الشخص أن يسايرها ويتكيف معها.

2- يعد مجال صعوبات التعلم بمثابة فئة جديدة نسبياً من تلك الفئات التي تضمها التربية الخاصة حيث حددتها الحكومة الفيدرالية على أنها كذلك منذ عام 1969. ومع ذلك فهي تعتبر الآن أكبر فئة من هذه الفئات حيث تضم أكبر من نصف عدد الأطفال الذين يتم قبولهم في التربية الخاصة. هذا وتركز وسائل الإعلام العامة والمتخصصة على هذه الفئة التي تنمو بشكل سريع، وتعمل على إيجاد محيط بيئي ملائم لها حيث يسمح لقدرات أعضائها بالنمو والتطور، ويسمح للجدل الدائر حولها أن يختمر معاً في بوتقة واحدة.

وعلى الرغم من أن مجال صعوبات التعلم قد شهد العديد من الممارسات التي ظلت موضع تساؤل حيث أن معظم الذين يشتغلون في هذا المجال يعدون في الواقع جزءاً منه وهو الأمر الذي يشعرهم بالسعادة، فإنهم يرون أن الجدل والغموض إنما يضيفان الإثارة إلى مهمة القيام بتعليم الأطفال ذوي صعوبات التعلم وهو الأمر الذي يمثل في حد ذاته تحدياً كبيراً بالنسبة لهم. ومع تطور هذا المجال أصبح هناك اتفاق في وقتنا الراهن حول الأمور الهامة والأساسية التي يتضمنها فتعمل نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا المجال على سبيل المثال على مساعدتنا كي نفهم تلك الأسباب التي تكمن خلف صعوبات التعلم إلى جانب أفضل اتجاهات العلاج التربوي الخاصة بها. ومع ذلك فلا تزال هناك نقطتان تثيران الجدل وتسببان العديد من المشكلات في هذا الصدد هما:

1- تعريف صعوبات التعلم.

2- الإجراءات المتبعة في سبيل تشخيص وتحديد الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

وسوف نقوم بتناول مثل هاتين النقطتين بشيء من التفصيل في الصفحات التالية وذلك على النحو التالي:

تعريف صعوبات التعلم

من الجدير بالذكر أن اجتماع مجلس الآباء بمدينة نيويورك في مطلع الستينيات من القرن الماضي قد شهد تقديم اقتراح من جانب صامويل كيرك Samuel Kirk يتمثل في مصطلح

صعوبات التعلم learning disabilities LD ليكون بمثابة حل وسط لذلك الكم الكبير من النعوت التي استخدمت آنذاك في سبيل وصف أولئك الأطفال الذين يتسمون بمعدل ذكاء عادي نسبياً ولكنهم يواجهون العديد من مشكلات التعلم. وكان من المحتمل أن تتم الإشارة إلى الواحد من هؤلاء الأطفال على أنه يعد واحداً من الفئات التالية:

1- ذوو الإصابات الدماغية البسيطة minimally brain injured.

2- بطيئو التعلم slow learners.

3- المتعسرون في القراءة dyslexic .

4- ذوو صعوبات الإدراك perceptually disabled.

حاول المربون صياغة تعريف صريح وشامل لمصطلح صعوبات التعلم لوصف أولئك الأطفال الذين يبدون مستوى عادياً من الذكاء ويعانون في ذات الوقت من العديد من مشكلات التعلم

ويعتقد الآباء والمربون أن مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة minimal brain injury يمثل مشكلة في حد ذاته إذ أنه من المعروف أن هذا المصطلح يشير في الأساس إلى أولئك الأشخاص الذين يبدون إشارات وأعراض سلوكية وليست عصبية تدل على إصابة الدماغ. فقد يبدون بعض السلوكيات مثل التشتت distractibility والنشاط المفرط hyperactivity واضطراب الإدراك perceptual disturbance التي تعد شبيهة بما يصدر عن أولئك الأفراد الذين يعانون من إصابات حقيقية في الدماغ إلا أن الفحوص النيورولوجية أو العصبية التي يتم إجراؤها لهم يتعذر تمييزها عن مثيلتها التي تجرى للأشخاص غير المعوقين.

ومن الناحية التاريخية فإن تشخيص الإصابة الدماغية البسيطة كان أحياناً موضع شك نظراً لأنه كان يقوم على أدلة سلوكية مشكوك فيها، أو موضع جدل وذلك بدلاً من قيامه على أدلة وبيانات نيورولوجية أكثر دقة. وعلاوة على ذلك فإن الإصابة الدماغية البسيطة لم تكن أو لم تمثل مصطلحاً له دلالته ومغزاه من الناحية التربوية نظراً لأن مثل هذا التشخيص لم يقدم سوى قدر ضئيل من المساعدة في تخطيط وتنفيذ البرنامج العلاجي. أما مصطلح بطئ التعلم slow learner على الجانب الآخر فيصف أداء الطفل في بعض المجالات دون غيرها، وإلى جانب ذلك فإن اختبار الذكاء يدل على أن القدرة على التعلم قد تمت إثارتها. وإضافة إلى ذلك فإن مصطلح متعسر في القراءة dyslexic فلم يعبر هو الآخر عن ذلك المصطلح المطلوب نظراً لأنه لا يصف سوى صعوبات القراءة فقط، وأن العديد من أولئك الأطفال يعانون من مشكلات في مجالات أكاديمية أخرى كالحساب على سبيل المثال. ولكي نصف طفلاً على أنه يعاني من صعوبات في الإدراك perceptually disabled فإن ذلك يمثل مشكلة أخرى في هذا الموضوع حيث قد تمثل المشكلات الإدراكية أو مشكلات الإدراك جزءاً فقط من عدم القدرة على التعلم التي تمثل لغزاً كبيراً. وعلى هذا الأساس فإن جمعية الآباء أو أولياء الأمور التي عقدت مجلسها في مدينة نيويورك قد وافقت أخيراً على مصطلح صعوبات التعلم الذي يتسم بالتوجه التربوي. ووفقاً لذلك فإنهم قد أسسوا جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم والتي تعرف حالياً بالجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم Learning Disabilities Association of America. هذا وقد توصلت الحكومة الفيدرالية والمختصون بعد عدة سنوات وانطلاقاً من تلك الخطوات التي اتخذتها جمعية الآباء إلى تعريف رسمي لهذا المصطلح أيضاً.

ومن ناحية أخرى فقد نبع الاهتمام بصعوبات التعلم من الوعي المتزايد بأن عدداً كبيراً من الأطفال لم يكن يتلقى الخدمات التربوية المطلوبة. ونظراً لأن مثل هؤلاء الأطفال كانوا في المدى العادي للذكاء فلم يكن من المنطقي أن يتم تسكينهم في فصول الأطفال المتخلفين عقلياً. وعلى الرغم من أن العديد منهم يبدون اضطرابات سلوكية غير ملائمة فإن بعضهم الآخر لا يبدي مثل هذه الاضطرابات. ومن هذا المنطلق اتضح أن تسكين هؤلاء الأطفال في فصول الأطفال المضطربين انفعالياً يعد غير مناسب أيضاً حيث أن آباء مثل هؤلاء الأطفال الذين لا يصل مستواهم التحصيلي إلى مستوى قدراتهم الكامنة ولا يسايرها أي الذين يعانون من صعوبات التعلم يريدون أن تتم عملية تصحيح وإصلاح لتلك المشكلات التي تواجه أطفالهم في سبيل الوصول إلى مستوى التحصيل الأكاديمي المناسب.

العوامل التي توضع في الاعتبار عند تعريف صعوبات التعلم

من الجدير بالذكر أن هناك أحد عشر تعريفاً مختلفاً لصعوبات التعلم منذ ظهور هذا المصطلح مع مطلع الستينيات من القرن الماضي، وأن كلاً من هذه التعريفات قد لاقى بعض القبول بدرجة أو بأخرى. ومع ذلك فإن كلاً من هذه التعريفات يختلف عن الآخر بعض الشيء. وفي الواقع هناك ثلاثة عوامل تم تضمنها في بعض هذه التعريفات دون غيرها، وقد أدت تلك العوامل من الناحية التاريخية إلى حدوث بعض الجدل الذي يتعلق بهذا المصطلح، وتتمثل هذه العوامل فيما يلي:

1- افتراض حدوث اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي.

2- اضطراب في العمليات السيكلوجية.

3- التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل.

وفيما يتعلق بالعاملين الأول والثاني فقد قل الجدل الدائر حولهما بقدر كبير قياساً بما كان الأمر عليه من قبل، أما بالنسبة للعامل الثالث فإن الأمر لا يزال كما هو حيث لا يزال هناك الكثير من الجدل حوله. وسوف نتناول تلك العوامل بشيء من التفصيل على النحو التالي:

اختلال الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي

من الملاحظ أن العديد من المفاهيم النظرية وطرائق التدريس التي ترتبط بمجال صعوبات التعلم قد تطورت في الأساس من تلك الأعمال التي تم إجراؤها في الثلاثينيات والأربعينيات من القرن الماضي على الأطفال المتخلفين عقلياً وأقرانهم الذين تعرضوا لإصابات الدماغ. ومع ظهور صعوبات التعلم كمجال مستقل لاحظ المختصون أن العديد من الأطفال يظهرون خصائص سلوكية معينة مثل التشتت، والنشاط المفرط، ومشكلات اللغة، واضطرابات الإدراك وهي ما تعد شبيهة بتلك الخصائص التي يظهرها أولئك الأشخاص الذين يعانون من إصابات الدماغ أو من تلف في الدماغ كأولئك الذين يعانون من السكتة الدماغية stroke أو من جروح قطعية في الدماغ.

ومع ذلك فإن معظم حالات الأطفال ذوي صعوبات التعلم تشهد أدلة نيورولوجية قليلة لوجود تلف فعلي في أنسجة الدماغ. وعلى ذلك فإن مصطلح "اختلال الأداء الوظيفي" dysfunction قد استخدم في الوقت الراهن ليحل محل "الإصابة " أو "التلف" . وبذلك فإن الطفل ذا صعوبات التعلم غالباً ما يشار إليه الآن على أنه يعاني من اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي central nervous system dysfunction. وليس من

إصابة الدماغ كما كان يعتقد مختلف الأفراد من قبل. ولا يعني اختلال الأداء الوظيفي بالضرورة حدوث تلف في أنسجة الدماغ، ولكنه يدل بدلاً من ذلك على حدوث أداء وظيفي غير جيد للمخ أو للجهاز العصبي المركزي على حد سواء . ومن الضروري أن نشير إلى أنه لم تكن هناك من قبل سوى أدلة قليلة فقط غير تلك الأعراض السلوكية التي لوحظت وأشرنا إليها سلفاً تفيد بأن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون فعلاً من اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، إلا أن هذه الصورة قد تغيرت تماماً في الوقت الراهن وخصوصاً مع قدوم تكنولوجيا التصوير النيورولوجي.

اضطراب العمليات السيكلوجية

يرجع ظهور مجال صعوبات التعلم في واقع الأمر إلى افتراض أن الطفال الذين يعانون من مثل هذه الصعوبات لديهم أوجه قصور في قدرتهم على استقبال وتفسير المثيرات البصرية والسمعية أي أنهم يعانون من مشكلات في العمليات السيكلوجية، وأن مثل هذه المشكلات في الواقع ليست هي نفسها مشكلات حدة الإبصار والسمع التي تتضح في حالات الإعاقة البصرية والإعاقة السمعية، ولكنها تعد بدلاً من ذلك مشكلات في تنظيم وتفسير المثيرات البصرية والسمعية المختلفة.

ومع ذلك فإن العديد من المؤيدين لوجهة النظر هذه يعتقدون أيضاً أن تدريب الأطفال على المهارات السمعية والبصرية بمعزل عن المادة الأكاديمية سوف يساعدهم في التغلب على مشكلات القراءة التي تواجههم. وقد يتضمن مثل هذا التدريب البحث عن وتتبع تلك الأشكال المتضمنة في خطوط أخرى، أو توصيل تلك النقاط التي يرسمها المعلم على السبورة على سبيل المثال. ويرى الباحثون أن هذه التدريبات الإدراكية أو الإدراكية الحركية لا تؤدي إلى أي فوائد تعود على مستوى تحصيل التلاميذ في القراءة. ومن ثم فإن القليل جداً من المعلمين هم الذين يقومون باستخدام مثل هذه الممارسات في الوقت الراهن.

ويشير تورجيسين Torgesen (2001) إلى أنه بالرغم من أن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا المضمار قد كشفت عن أن التدريب الإدراكي يعد غير فعال فإن الباحثين قد وجدوا أن العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون بالفعل من مشكلات تجهيز المعلومات حيث قد نجد أن بعض المهارات اللازمة لذلك ترتبط في واقع الأمر بصعوبات القراءة.

التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل

مما لا شك فيه أن الطفل الذي يوجد لديه تفاوت بين مستوى ذكائه ومستوى تحصيله لا

يتمكن من التحصيل الذي يتفق مع قدراته الكامنة التي تم قياسها باستخدام اختبار ذكاء مقنن. وقد استخدم المتخصصون عدداً من الأساليب في سبيل تحديد مثل هذا التفاوت وإن كانوا قد استمروا على مدى العديد من السنوات يقارنون العمر العقلي الذي يتم الحصول عليه من استخدام اختبار للذكاء بالصف الدراسي المقابل للعمر الزمني للطفل والذي يتم الحصول عليه باستخدام اختبار تحصيلي مقنن. وعندما كان الفرق بينهما يبلغ عامين فإن ذلك كان في الغالب كافياً للدلالة على وجود إحدى صعوبات التعلم. ومع ذلك فإن الانخفاض بمقدار عامين عن مستوى الصف الدراسي المتوقع لم تكن له نفس الدرجة من الخطورة في مستوى الصفوف الدراسية المختلفة حيث نجد على سبيل المثال أن الطفل الذي توضح نتائج الاختبار أنه يقل بمقدار عامين عن مستوى الصف الثامن يكون لديه قصور أقل في شدته عن قرينه الذي يقل بمقدار نفس العامين عن مستوى الصف الرابع. ولذلك قام المختصون بتطوير صيغ معينة للتعرف على مثل هذا التفاوت تأخذ الأعمار النسبية للتلاميذ في الاعتبار .

وعلى الرغم من أن بعض الولايات وبعض الإدارات التعليمية تتبنى صيغاً مختلفة في سبيل تحديد التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل فإن العديد من المسئولين ينصحون بعدم استخدام مثل هذه الصيغ والتي يعتبر بعضها خاطئاً من الناحية الإحصائية وهو ما يجعله يؤدي بالتالي إلى أحكام غير دقيقة، أما الصيغ التي تعد دقيقة من الناحية الإحصائية فيصعب تطبيقها، كما أن تطبيقها يعد من جانب آخر باهظ التكاليف. وفضلاً عن ذلك فإن تلك الصيغ التي يتم تطبيقها تعطي مفهوماً خاطئاً عن الدقة في هذا الإطار حيث أنها غالباً ما تغري إدارة المدرسة على أن تحد كثيراً مما يمكن أن تتخذه من قرارات هامة ومعقدة تتعلق بتحديد صعوبات التعلم، وتنزل بالأمر كله من هذا المنطلق إلى مجرد شغل درجة بسيطة في هذا الصدد.

وإضافة إلى تلك المشكلة التي تتعلق باستخدام مثل هذه الصيغ في هذا المضمار يشير فليتشر وآخرون (Fletcher et.al.(2001 إلى أن بعض السلطات قد اعترضت على استخدام التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل ليكون دليلاً على صعوبات التعلم وذلك استناداً على أسس إدراكية أو عقلية أخرى. وقد أشارت بعض السلطات على سبيل المثال إلى أن نسبة الذكاء لا تعد بمثابة مؤشر قوي جداً للقدرة على القراءة، كما أن تلك الدرجات التي تدل على نسبة الذكاء بالنسبة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم تعتبر عرضة للإقلال من شأنها نظراً لأن الأداء على اختبارات الذكاء يعتمد إلى حد ما على قدرة التلميذ على القراءة. وهذا يعني أن أولئك الأطفال الذين تنخفض مهاراتهم في القراءة سوف يجدون بطبيعة الحال صعوبة في توسيع محصولهم اللغوي ومعارفهم عن العالم. ونتيجة لذلك فإنهم لا يحصلون على درجات

متوسطة في اختبارات الذكاء ، بل يحصلون في الواقع على درجات أكثر انخفاضاً في تلك الاختبارات وهو الأمر الذي يقلل في الواقع من التفاوت بين نسب ذكائهم ومستوى تحصيلهم. وأخيراً فإن بعض المربين يرون أن فكرة التفاوت هذه تعتبر عديمة الجدوى من الناحية العملية في الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية حيث أننا لا نتوقع من الطفل في الصف الأول أو الثاني الابتدائي أن يرتفع مستوى تحصيله في القراءة أو الحساب، وعلى هذا الأساس سوف يكون من الصعب أن نجد مثل هذا التفاوت الذي نبحث عنه.

وحتى في ظل وجود مثل هذه المشكلات جميعاً فإن الغالبية العظمى من الولايات الأمريكية تستخدم نمطاً معيناً للتفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل وذلك في سبيل تحديد أولئك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم، وتشخيصهم بالتالي على أنهم يعانون من صعوبات التعلم وهو الأمر الذي يحتمل أن يرجع إلى تلك الملاحظات التي تدل على أنه رغم تمتعهم بنسبة ذكاء عادية فإنهم مع ذلك لا يستطيعون أن يصلوا بمستوى تحصيلهم الأكاديمي إلى مستوى الأداء المتوقع منهم في ضوء مستوى ذكائهم. وكما سنوضح بعد ذلك هناك شك حول ما إذا كانت إدارة المدرسة أو الهيئة التدريسية بها سوف تستمر في استخدام مثل هذا التفاوت في سبيل التعرف على صعوبات التعلم وتشخيصها أم لا. ومع ذلك فإن الوضع الأفضل في هذا الإطار كما يشير كافيل (2001) Kavale لا يتمثل في استخدام التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل على أنه المحك الوحيد لتحديد صعوبات التعلم، وأن نبتعد عن استخدام مثل هذه الصيغ لحساب التفاوت في هذا الإطار.

وفي واقع الأمر فإن أكثر تعريفين لصعوبات التعلم شيوعاً واستخداماً، بل وشعبية أيضاً هما التعريف الفيدرلي، وتعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم. ويمكننا إذن أن نعرض لهذين التعريفين على النحو التالي.

التعريف الفيدرالي لصعوبات التعلم

تستخدم غالبية الولايات الأمريكية في الواقع تعريفاً لصعوبات التعلم يقوم في الأساس على ذلك التعريف الذي تحدده الحكومة الفيدرالية. وقد صدر قانون بهذا التعريف في عام 1977 ثم تعرض لحدوث بعض التغييرات الطفيفة في تلك الكلمات التي يتضمنها مما حدا بالحكومة الفيدرالية إلى أن تصدره من جديد في عام 1997 ضمن التعديلات التي طرأت على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات [IDEA Amendments of 1997, sec. 602 (26)]ليكون بذلك على النحو التالي:

(1) من الناحية العامة: يعني مصطلح صعوبة التعلم النوعية أو المحددة specific وجود اضطراب في واحدة أو أكثر من تلك العمليات السيكلوجية الأساسية المتضمنة في فهم أو استخدام اللغة سواء المكتوبة أو المنطوقة وهو الاضطراب الذي يظهر في شكل قصور في قدرة الطفل على الاستماع، أو التفكير، أو التحدث، أو القراءة، أو الكتابة، أو الهجاء، أو إجراء العمليات الحسابية المختلفة.

(2) الاضطرابات المتضمنة: يتضمن هذا المصطلح حالات معينة مثل صعوبات الإدراك per-ceptual disabilities، وإصابات الدماغ، واختلال الأداء الوظيفي الدماغي البسيطminimal brain dysfunction، وعسر القراءة dyslexia، والحبسة الكلامية التطورية developmen-tal aphasia.

(3) الاضطرابات غير المتضمنة: لا يتضمن مثل هذا المصطلح مشكلات التعلم التي تعتبر في أساسها نتيجة لإعاقة بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو تخلف عقلي، أو اضطراب انفعالي، أو أي قصور بيئي، أو ثقافي، أو اقتصادي يعاني الطفل منه.

هذا وقد أدت التساؤلات العديدة التي أثيرت حول هذا التعريف بجانب الاعتماد على التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل في تحديد صعوبات التعلم إلى قيام إدارة برامج التربية الخاصة بوزارة التربية بتقديم ما يعرف بمبادرة صعوبات التعلمLD initiative وذلك بدءاً من عام 2000 بغرض الوصول إلى اتفاق بين الباحثين والآباء والممارسين فيما يتعلق بتلك الإجراءات المتبعة لتحديد وتشخيص صعوبات التعلم والتي أصبحت جزءاً لا يتجزأ من ذلك التعديل الذي طرأ على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات والذي تقرر إعادة النظر فيه في عام 2002 أو 2003، وتم تقديم العديد من أوراق العمل في سبيل ذلك في ذلك المؤتمر الذي عقد في أغسطس 2001 حول صعوبات التعلم والذي شارك فيه ما يربو على مائتي ممثل من الآباء والمختصين والحكومة. وكان من المتوقع بالنسبة لتوصيات هذا المؤتمر أن تسير في ضوء بعض الاحتمالات كما يلي:

1- أن يتم الإبقاء كما يرى كافيل Kavale (2001) على استخدام التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل عند تحديد أولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.

2- أن يتم كما يرى تورجيسين Torgesen (2001) اللجوء إلى مثل هذا التفاوت في حدود ضيقة بحيث لا يكون هو المحك الوحيد الذي يتم استخدامه في هذا الإطار، بل يتم بجانبه استخدام مقاييس أخرى للعمليات السيكلوجية المختلفة على أن يتم في مجال القراءة تحديداً استخدام مقاييس للوعي أو الإدراك الفونولوجي للكلمات حيث يمثل ذلك القصور أساساً لمشكلات القراءة المتعددة التي يعاني الأطفال منها .

3- أن يتم كما يرى جريشام (2001) Gresham اللجوء إلى ذلك التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل في حدود ضيقة أيضاً بحيث لا يكون هو المعياز أو المحك الوحيد المستخدم في هذا الصدد، ويتم فضلاً عن ذلك استخدام محك آخر وأساسي بجانبه يتمثل في عدم قدرة الطفل على الاستجابة لبرنامج التدخل الذي يتم استخدامه داخل الفصل، ومن ثم سوف يتم الانتظار في تحديد صعوبات التعلم إلى أن يصعب على الطفل بعد ذلك الوصول إلى مستوى تحصيل يوازي أو يساوي مستوى تحصيل أقرانه بالفصل أو يقترب منهم على الأقل.

تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم

The National Joint Committee for Learning Disabilities Definition

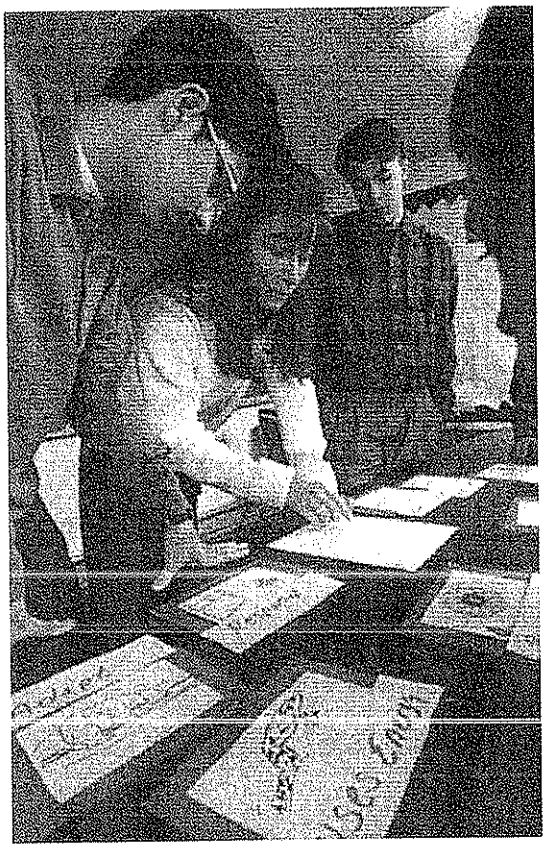
تتألف اللجنة القومية لصعوبات التعلم من ممثلين عن العديد من المنظمات المهنية. وقد أصدرت هذه اللجنة تعريفاً بديلاً لصعوبات التعلم ينص على ما يلي:

> « تعد صعوبات التعلم بمثابة مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر على هيئة صعوبات ذات دلالة في اكتساب واستخدام القدرة على الاستماع، أو التحدث، أو القراءة، أو الكتابة، أو التفكير، أو القدرة الرياضية أي القدرة على إجراء العمليات الحسابية المختلفة. وتعد مثل هذه الاضطرابات جوهرية بالنسبة للفرد، ويفترض أن تحدث له بسبب حدوث اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، كما أنها قد تحدث في أي وقت خلال فترة حياته. هذا وقد تحدث مشكلات في السلوكيات الدالة على التنظيم الذاتي، والإدراك الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي إلى جانب صعوبات التعلم. ولكن مثل هذه المشكلات لا تمثل في حد ذاتها ولا تعتبر صعوبة من صعوبات التعلم».

وعلى الرغم مع أن صعوبات التعلم قد تتزامن في حدوثها مع حالات أخرى للإعاقة (كالإعاقة الحسية، أو التخلف العقلي، أو أحد الاضطرابات الانفعالية الخطيرة) أو مع مؤثرات خارجية معينة (كالفروق أو الاختلافات الثقافية، ومستوى التعليم غير الكاف أو غير الملائم) فإنها مع ذلك لا تعد نتيجة لتلك الحالات أو المؤثرات (NJCLD, 1989).

أوجه الشبه والاختلاف بين التعريفين

هناك العديد من أوجه الشبه ذات الأهمية بين التعريف الذي قدمته الحكومة الفيدرالية لصعوبات التعلم وذلك التعريف البديل الذي قدمته اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم



تركز معظم الدراسات التي أجريت في مجال صعوبات التعلم على تلك المشكلات التي تتعلق بالعمليات السيكلوجية الأساسية أو أوجه القصور في القدرة على إدراك وتفسير المثيرات البصرية والسمعية.

حيث يشير كلاهما إلى وجود اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي كسبب محتمل لصعوبة التعلم التي يعاني الطفل منها. كما يشير إلى أن قدرة الطفل على الاستماع، أو التحدث، أو القراءة، أو الكتابة، أو الحساب يمكن أن تتأثر بذلك. كما أنهما من جانب آخر يستبعدان مشكلات التعلم التي ترجع في أساسها إلى حالات أخرى كالتخلف العقلي، أو الاضطراب الانفعالي، أو الفروق الثقافية.

ومن ناحية أخرى هناك أيضاً بعض أوجه للاختلاف بين التعريفين حيث يشير تعريف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم إلى عدم استخدام عبارة " **العمليات السيكلوجية الأساسية** " والتي يدور حولها جدل كبير حيث لا يمكن رؤية أو ملاحظة مثل هذه العمليات، وبالتالي يكون من الصعب قياسها. كذلك فإن هذا التعريف لا يذكر الإعاقات الإدراكية، أو عسر القراءة، أو اختلال الأداء الوظيفي الدماغي البسيط والذي يعتبر من الصعب أن نقوم بتعريفه بشكل دقيق. وفضلاً عن ذلك فإن هذا التعريف يحدد بشكل واضح أن صعوبة التعلم قد تكون بمثابة حالة يمكن أن تستمر مدى الحياة. أما تعريف الحكومة الفيدرالية على الجانب الآخر فيركز على نسبة التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل. وعلى الرغم من أن مثل هذا التفاوت لا يمثل جزءاً من التعريف فإن التنظيمات الفيدرالية التي يتم اتباعها في سبيل تحديد صعوبات التعلم تشير إلى وجود تفاوت شديد بين القدرة العقلية للفرد وتحصيله الأكاديمي. ومن الواضح أن استخدام هذا التفاوت بين الذكاء والتحصيل هو الذي أدى بالعديد من السلطات إلى تحديد

تلك الإجراءات التي يجب اتباعها عند تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من إحدى صعوبات التعلم أم لا.

نحو تعريف جديد أو معدل لصعوبات التعلم

من الجدير بالذكر أننا لا نعرف حتى الآن ما الذي ستؤول إليه الأمور بالنسبة لمستقبل التعريف الفيدرالي لصعوبات التعلم الذي تم تقديمه عام 1997 وخاصة ما يتعلق منه بالتفاوت بين نسبة ذكاء الطفل ومستوى تحصيله وذلك لتحديد صعوبات التعلم أي اللجوء إليها لمعرفة وتحديد ما إذا كان هذا الطفل يعاني من إحدى صعوبات التعلم أم لا. كذلك فقد تم تقديم قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات إلى الكونجرس حتى يعيد النظر فيه سواء في عام 2002 أو 2003 وهو الأمر الذي قد يؤدي إلى حدوث تغيير في تعريف صعوبات التعلم، وفي الإجراءات التي يجب اتباعها في سبيل تحديد وتشخيص مثل هذه الصعوبات.

نسبة انتشار صعوبات التعلم

وفقاً لتلك الأرقام التي توجد بحوزة الحكومة الأمريكية فإن المدارس قد حددت نسبة لانتشار صعوبات التعلم بين تلاميذها تتراوح بين 5– 6 % تقريباً من التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والسابعة عشرة من العمر. وتعتبر فئة صعوبات التعلم هي أكبر فئات التربية الخاصة عدداً حيث أن أكثر من نصف عدد التلاميذ الذين رأت مدارس التعليم العام أنهم يعدون في حاجة لتلقي التربية الخاصة بشكل أو بآخر هم في الواقع من ذوي صعوبات التعلم. هذا وقد تضاعفت أعداد الأفراد في هذه الفئة منذ عام 1977/76 بل إن عددهم قد زاد في الواقع عن الضعف.

وتذهب العديد من السلطات إلى أن تلك الزيادة السريعة التي شهدتها فئة صعوبات التعلم في أعداد أعضائها إنما تعكس في الواقع رداءة الممارسات التشخيصية المتبعة في الوقت الراهن حيث يرون أنه يتم تحديد التلاميذ كذلك بشكل مبالغ فيه، وأن المعلمين يتسرعون جداً في حكمهم على الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعلم بسيطة على أنهم من ذوي صعوبات التعلم وذلك بدلاً من التدقيق في احتمال أن تكون ممارساتهم التدريسية هي السبب في حدوث مثل هذه المشكلات. ومع ذلك يشير هالاهان (1992)آشممشاشر إلى أن البعض يرون أن جانباً من هذه الزيادة قد يرجع إلى التغيرات الاجتماعية الثقافية التي أثارت حساسية الأطفال لتطوير صعوبات التعلم حيث نلاحظ في هذا الإطار أن الفقر على سبيل المثال قد دفع بالأطفال كما يشير بومستر وآخرون (1990) .Baumeister et.al إلى مخاطر المشكلات الطبية الحيوية وهي ما تتضمن اختلال الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي. هذا وقد

أوضحت إحصائيات مكتب التربية الأمريكي عام 1997 أن عدد الأطفال الذين يعيشون في ظل الفقر قد تزايد بنسبة 15-19% تقريباً منذ عقد السبعينيات. وعلاوة على ذلك فإننا نجد أنه حتى تلك الأسر التي لا تعتبر فقيرة تتعرض الآن لمزيد من الضغوط التي لم تشهد مثلها من قبل وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يستنزف كل طاقاتها في الوقت الذي يركز فيه الأطفال على أداء واجباتهم المدرسية، وما يتم تكليفهم به في المدرسة، كما يستنزف أيضاً قدرة الوالدين على تقديم المساندة الاجتماعية اللازمة لهؤلاء الأطفال وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يترك تأثيراً سلبياً على مستوى تحصيل أولئك الأطفال في المدرسة بغض النظر عن نسبة ذكائهم.

هذا ولا يزال البعض كما يشير كل من ماكميلان وآخرون (1998).Mac Millan et.al وماكميلان وسايبرشتين (2001) Mac Millan &Siperstein يرى أن هناك علاقة سببية بين حدوث نقص في أعداد التلاميذ الذين يتم تحديدهم أو تشخيصهم على أنهم متخلفون عقلياً وحدوث زيادة في أعداد أولئك التلاميذ الذين يتم تشخيصهم على أنهم من ذوي صعوبات التعلم. كما أن هناك أدلة أخرى على أن أعضاء الهيئة التدريسية بالمدرسة غالباً ما يقومون عندما يجدون أن هناك تلميذاً يمكن وصفه على أنه متخلف عقلياً بلي القواعد حتى ينطبق عليه نعت صعوبات التعلم وذلك بدلاً من النعت الأكثر وصماً والذي يتمثل في التخلف العقلي، أي أنهم يقومون في مثل هذه الحالة بتحديد الطفل على أنه يعاني من صعوبات التعلم بدلاً من تحديده على أنه متخلف عقلياً مع أن العكس هو الصواب.

أما عن نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الجنسين فإن أعداد البنين الذين يعانون منها تزداد قياساً بالبنات حيث تصل النسبة بينهما إلى (3) للبنين في مقابل (1) للبنات. ويرى الباحثون أن زيادة انتشار صعوبات التعلم بين البنين إنما يرجع إلى قابليتهم البيولوجية الأكبر لذلك. كما أن معدل وفيات الأطفال بين البنين يعتبر أعلى من مثيله بين البنات فضلاً عن وجود العديد من أوجه الشذوذ بيولوجية الأصل التي يكون من شأنها أن تعرض البنين لمعدل أكبر من المخاطر في هذا الإطار. ومن ناحية ثانية يرى جمع آخر من الباحثين أن معدل الانتشار المرتفع لصعوبات التعلم بين البنين قد يرجع في الواقع إلى وجود أخطاء في التحويلات الطبية يتمثل معظمها في التحيز حيث يشهد الواقع أن العوبات الأكاديمية المختلفة لا تنتشر بين جنس دون الآخر، ولا تزيد بين أعضاء أحد الجنسين قياساً بأعضاء الجنس الآخر، ولكن يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة للبنين أن تتم إحالتهم إلى التربية الخاصة عندما تواجههم بعض المشكلات الأكاديمية وذلك بسبب ما يصدر عنهم آنذاك من سلوكيات مختلفة تمثل إزعاجاً لمعلميهم كفرط النشاط على سبيل المثال. والحقيقة أن نتائج البحوث التي

تم إجراؤها في هذا الإطار لم تكشف كما يرى شايويتز وآخرون Shaywitz et.al.(1990) وكلاريزيو وفيليبس Clarizio &Phillips (1986) عن وجود فروق حاسمة لحساب أحد الجنسين، أي أن النتائج في هذا المجال ليست حاسمة. وهنا يمكننا أن نقرر مع هالاهان وآخرين Hallahan et.al.(1999) وجود بعض التحيز الذي يمكنه أن يسهم في تغيير الحقيقة، إلا أن القابلية البيولوجية من جانب البنين لصعوبات التعلم تلعب دوراً هاماً حيث توضح الإحصاءات الموجودة لدى الحكومة الفيدرالية أن مثل هذه الصعوبات أكثر انتشاراً بين البنين قياساً بالبنات، وأنها تتضمن حالات يصعب تخيلها تنتج عن التحيز في الإحالة للعيادة النفسية أو في التقييم مما نتج عنه وجود 53 % تقريباً من البنين يعانون من الإعاقة الجسمية، وحوالي 56% تقريباً منهم يعانون من الإعاقة البصرية.

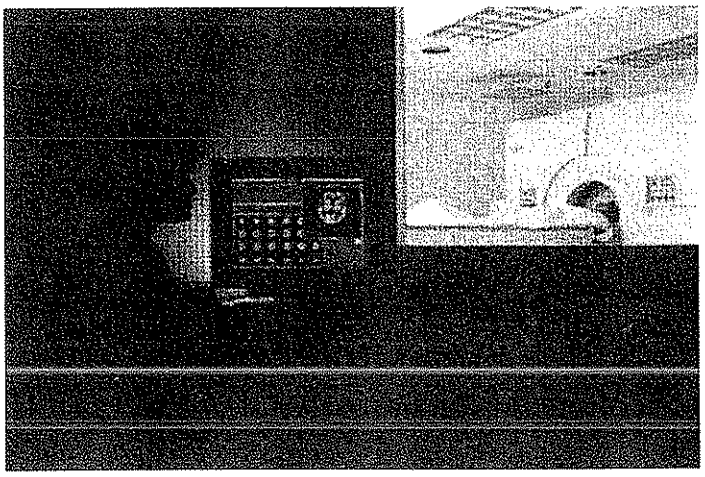
أسباب صعوبات التعلم

من الجدير بالذكر أن السبب الذي يكمن خلف صعوبة التعلم التي يعاني الطفل منها قد يظل سراً في أغلب الحالات. وقد اعتقد المختصون لسنوات عديدة أن العوامل النيورولوجية أو العصبية تعد بمثابة سبب رئيسي بالنسبة لصعوبات التعلم. ومع ذلك فإن هذا الأمر لم يلق في الواقع تأييدهم جميعاً وموافقتهم نظراً لأن تلك الأدلة التي تؤكد على وجود سبب نيورولوجي لمثل هذه الصعوبات كانت تقوم في الأساس على استخدام مقاييس نيورولوجية غير دقيقة نسبياً. إلا أن الباحثين قد شرعوا في السنوات الأخيرة في استخدام الأساليب التكنولوجية المتقدمة في سبيل تقييم نشاط المخ بشكل أكثر دقة. وعلى هذا الأساس فإن أحدث هذه الأساليب التكنولوجية التي يستخدمها الباحثون في سبيل تقييم اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي لدى بعض الأشخاص ذوي صعوبات التعلم إنما يتضمن ما يلي :

- الأشعة المقطعية على المخ computerized axial tomographic (CAT) scans.
- أشعة الرنين المغناطيسي magnetic resonance imaging (MRI).
- أشعة الرنين المغناطيسي الوظيفي functional magnetic resonance imaging FMRI.
- التحليل الطيفي للرنين المغناطيسي الوظيفي Functional spectroscopy (fMRS) magnetic resonance
- أشعة البوزيترون positron emission tomography (PET) scans.

ويلاحظ بالنسبة لاستخدام مثل هذه الأساليب التكنولوجية الحديثة ما يلي:

1- أن استخدام الأشعة المقطعية للمخ CAT scans إنما يتضمن وضع رأس المريض في حلقة كبيرة، ثم التقاط سلسلة من صور الأشعة السينية لرأسه، ويتم بعد ذلك إدخال تلك الأشعة إلى جهاز الكمبيوتر الذي يصدر على ضوء ذلك مجموعة من الصور للمخ.



يوضح الأخصائي صور المخ الموجودة على شاشة الكمبيوتر أثناء إجراءات الأشعة

2- تستخدم أشعة الرنين المغناطيسي MRI الموجات اللاسلكية أي موجات الراديو بدلاً من الإشعاع وذلك في سبيل أخذ صور مستعرضة cross- sectional للمخ.

3- تمثل كل من أشعة الرنين المغناطيسي الوظيفي FMRI والتحليل الطيفي للرنين المغناطيسي الوظيفي fMRS أشكالاً تكيفية من أشعة الرنين المغناطيسيMRI ولكنهما على العكس من أشعة الرنين المغناطيسي MRI يستخدمان بغرض التعرف على تلك التغيرات التي تنتاب نشاط المخ أثناء قيام الفرد بأداء مهمة معينة كالقراءة على سبيل المثال.

4- تستخدم أشعة البوزيترونPET مثلها في ذلك كأشعة الرنين المغناطيسي الوظيفي FMRI والتحليل الطيفي للرنين المغناطيسي الوظيفي fMRS عندما يكون الفرد منهمكاً في أداء مهمة معينة. ويتم حقن الفرد بمادة تحتوي على كمية منخفضة من الإشعاع تتجمع في النيورونات النشطة. وباستخدام الماسح الضوئي لاكتشاف المادة المشعة يمكن للباحثين أن يتعرفوا على أجزاء المخ التي تشترك بفاعلية في أداء المهام المختلفة. ومن المعروف أن البوزيترون هو جسم موجب ذو كتلة تعادل كتلة الإلكترون.

وباستخدام مثل هذه الفنيات أو الأساليب التي تعتمد على التصوير العصبي neuroimaging تمكن الباحثون كما يرى كيبي وهايند Kibby &Hynd (2001) وريتشاردز Richards (2001) من تجميع تلك الأدلة التي تتعلق بالفروق التركيبية والوظيفية في مخ أولئك الأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم وأقرانهم الذين لا يعانون منها وخاصة بالنسبة لصعوبات القراءة. وتشير الفروق التركيبية بالمخ إلى أشياء معينة من بينها حجم جوانب مختلفة بالمخ، في حين يشير الأداء الوظيفي إلى نشاط المخ. أما فيما يتعلق بالفروق الوظيفية أو ما تعرف بالفروق في الأداء الوظيفي فقد وجد الباحثون أنه قد تمت إثارة بعض الجوانب المختلفة بالمخ لدى بعض الأفراد الذين يعانون من عسر القراءة في مقابل أقرانهم الذين لا يعانون منها وذلك أثناء قيامهم بأداء مهام القراءة.

وإذا ما نظرنا إلى مثل هذه الدراسات ككل فإننا سوف نجد أنها لا تعد بمثابة دليل محدد وحاسم على وجود أساس نيورولوجي لصعوبات التعلم لدى كل التلاميذ الذين تم تحديدهم على أنهم يعانون من تلك الصعوبات. وقد لاحظ بعض الباحثين أن الجانب الأكبر من هذه الدراسات قد تم إجراؤه على أفراد يعانون من صعوبات تعلم شديدة. وقد جعلت النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات كثيراً ممن كانوا يتشككون سابقاً في ذلك يتحولون إلى مؤيدين لفكرة أن وجود اختلال وظيفي في الجهاز العصبي المركزي قد يكون هو السبب الرئيسي في معظم حالات صعوبات التعلم. وحتى في تلك الحالات التي يمكن أن نكون واثقين إلى حد كبير من أن الشخص ذي صعوبات التعلم يعاني في الواقع من اختلال في أدائه الوظيفي النيورولوجي فإن السؤال الذي يمكن أن يطرح نفسه هنا سوف يظل يتعلق بتلك الأسباب التي تؤدي إلى حدوث اختلال في الأداء الوظيفي انيورولوجي وهو الأمر الذي يمكن أن تستقر الإجابة عنه في احتمال وجود ثلاث فئات من الأسباب لذلك هي:

1- عوامل جينية أو وراثية.

2- عوامل تؤدي إلى تشوهات التركيب العضوي teratogens.

3- عوامل طبية.

هذا وقد أجمعت نتائج تلك الدراسات التي تم إجراؤها على عينات مختلفة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم كما يشير ريتشاردز Richards (2001) على أن الجانب الأيسر من المخ يتضمن شذوذاً في التركيب والأداء الوظيفي لدى غالبية هؤلاء الأطفال ذوي صعوبات التعلم الشديدة. ويوضح الشكل التالي مناطق معينة في الجانب الأيسر من المخ تعتبر على درجة كبيرة من الأهمية في حدوث صعوبات قراءة شديدة لدى بعض الأفراد نظراً لوجود شذوذ بها. ولكننا مع هذا يجب أن نحذر من تعميم ذلك على اختلال الأداء الوظيفي لأي حالة

منفردة حيث لم تكشف الدراسات عن وجود نفس أنماط الشذوذ لدى كل الأفراد في نفس المناطق أو الأجزاء من المخ إذ كان الشذوذ في جانب أو جزء واحد فقط لدى بعضهم في حين وصل إلى بعض الجوانب أو الأجزاء مجتمعة لدى البعض الآخر منهم.

شكل (1-6) أجزاء المخ المرتبطة بصعوبات القراءة

وإذا ما عدنا إلى العوامل الثلاثة التي يمكن أن تكون هي السبب في اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي فيمكن أن نعرض لها كما يلي:

(1) العوامل الجينية أو الوراثية Genetic Factors

تجمعت أدلة لا حصر لها على مدار العديد من السنوات تؤكد على أن صعوبات التعلم يمكن أن تكون وراثية. وقد اندرجت تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد تحت نمطين أساسيين يبحثان عن ذلك الأساس الوراثي لصعوبات التعلم هما:

- الدراسات الأسرية.
- دراسات قابلية التوارث.

ومن الملاحظ في هذا الإطار أن الدراسات الأسرية familial studies والتي تمثل أول هذين النمطين تعمل في واقع الأمر على فحص تلك الدرجة التي يمكن أن تحدث بها حالة معينة مثل صعوبات التعلم وذلك في أسرة معينة. وقد وجد جمع من الباحثين كما يشير بننجتون (1990) Pennington أن ما بين 35- 45% تقريباً من الأقارب من الدرجة الأولى لأولئك الأشخاص ذوي صعوبات التعلم أي من آبائهم وأخوتهم يعانون من صعوبات القراءة. ويؤكد راسكند (2001) Raskind أن مخاطر التعرض لصعوبات القراءة تتزايد بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعاني والدوهم من صعوبات القراءة. وقد كشفت الدراسات أيضاً كما يرى بيتشمان وآخرون (1992) .Beichman et.al ولويس (1992) Lewis عن حدوث نفس

الدرجة في تلك الأسر التي تعاني من اضطرابات اللغة والتخاطب. ويشير سكولت- كورن وآخرون(1996) .Schulte- Korne et.al من جانب آخر عن وجود نفس هذا التأثير في تلك الأسر التي تعاني من اضطرابات الهجاء.

وجدير بالذكر أن احتمال حدوث صعوبات التعلم في الأسرة قد يرجع أيضاً إلى العوامل البيئية حيث نجد مثلاً أنه من المحتمل أن تنتقل صعوبات التعلم من الآباء إلى الأطفال عن طريق ما يتبعه الوالدان من أساليب في تنشئة الأطفال. وهناك طريقة يمكننا أن نحدد بمقتضاها ما إذا كانت صعوبات التعلم موروثة أم لا تعرف بدراسات قابلية التوارثheritability studies أو دراسات التوائم. وتقوم مثل هذه الدراسات على مقارنة نسب انتشار صعوبات التعلم بين التوائم المتشابهة identical twins في مقابل التوائم غير المتشابهة fraternal, dizygotic . وقد توصل الباحثون كما يرى رينولدز وآخرون Reynolds et.al. (1996) ودي فرايز وآخرون DeFries et.al. (1993) ولويس وطومسون Lewis &Thompsosn (1992) إلى أن التوائم المتشابهة تعد أكثر اتفاقاً فيما يتعلق بصعوبات القراءة واضطرابات اللغة والتخاطب قياساً بالتوائم غير المتشابهة بمعنى أنه إذا كان أحد التوأمين المتشابهين وأحد التوأمين غير المتشابهين يعاني كل منهما من إحدى صعوبات التعلم يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للتوأم المتشابه الآخر قياساً بالتوأم غير المتشابه أن يعاني من صعوبة التعلم تلك. كذلك يشير راسكند Raskind (2001) إلى أن هناك دراسات أخرى حاولت أن تسلط الأضواء على وجود جين معين أو جينات محددة تعد هي المسئولة عن حدوث صعوبات التعلم على الرغم من أن بعض الدراسات تشير إلى وجود بعض الجينات في الكروموزوم رقم 6 والكروموزوم رقم 15 تلعب دوراً هاماً في مثل هذا الصدد.

(2) عوامل تؤدي إلى حدوث تشوهات في التركيب العضوي Teratogenic Factors

تعرف تلك العوامل التي تؤدي إلى حدوث تشوهات في التركيب العضوي للفرد teratogens بأنها تعد بمثابة عوامل أو قوى يمكنها أن تؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث مثل هذه التشوهات أو أوجه القصور للجنين. وقد أوضحنا في الفصل الرابع أن متلازمة أعراض الكحوليات بالنسبة للجنين FAS والتي تنتج عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات، والتسمم بالرصاص يعدان سببين محتملين لحدوث التخلف العقلي. وهناك افتراض يرى أن بعض الأجنة قد تتعرض لمستويات من هذه المواد لا تعتبر عالية بما فيه الكفاية كي تؤدي إلى التخلف العقلي، ولكنها مع ذلك قد تصل إلى حد فاصل مرتفع أيضاً يكفي لحدوث صعوبات التعلم فيما بعد، أي أنها إذا ما ارتفع مستواها تؤدي إلى التخلف العقلي، بينما إذا قل هذا المستوى فإنها تؤدي إلى صعوبات التعلم.

(3) عوامل طبية Medical Factors

هناك العديد من الحالات الطبية التي يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على الأطفال حيث تؤدي إلى حدوث صعوبات التعلم. ومن المعروف أن العديد من هذه الحالات أو أغلبها يمكن أن يؤدي إلى التخلف العقلي وذلك اعتماداً على مدى حدة تلك الحالة في حد ذاتها. فعلى سبيل المثال يمكن أن تؤدي الولادة المبتسرة إلى تعريض الطفل لمخاطر اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي، كما أن نقص المناعة المكتسبة خلال مرحلة الطفولة يمكن أن يؤدي أيضاً إلى التلف النيورولوجي مما يؤدي بدوره إلى حدوث صعوبات التعلم.

أساليب التقييم

من الجدير بالذكر أن أنماط التقييم التي يمكن استخدامها في مجال صعوبات التعلم تتعدد وتتباين بحيث يمكننا في هذا المجال أن نستخدم على الأقل أربعة أنماط مختلفة للقياس يمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

1- التقييم المقنن للتحصيل.

2- التقييم التقويمي أو التويني.

3- التقييم غير الرسمي.

4- التقييم الأصيل أو الحقيقي.

ويمكن أن نتناول هذه الأنماط من القياس كما يلي:

1- القياس والتقييم المقنن للتحصيل Standardized Achievement Assessment

عادة ما يستخدم المعلمون والأخصائيون النفسيون القياس المقنن للتحصيل مع أولئك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم نظراً لوجود أوجه قصور تحصيلية تعتبر من أهم الخصائص الأولية التي يتسم بها أولئك التلاميذ. وهناك العديد من اختبارات التحصيل المقننة التي يتم استخدامها في هذا الصدد منها على سبيل المثال اختبار وكسلر للتحصيل الفردي Wechsler Individual Achievement Test WIAT والذي يقيس التحصيل في كل المجالات التي يتضمنها التعريف الفيدرالي لصعوبات التعلم، وهي:

- القراءة الأساسية basic reading.
- القراءة.
- التهجي.

- الفهم أو الاستيعاب.
- الفهم السماعي listening comprehension.
- التعبير المكتوب written expression.
- التعبير الشفوي.
- العمليات الحسابية.
- التفكير الرياضي.

وقد تم تصميم هذا الاختبار في الأساس حتى يتسنى استخدامه في هذا الإطار بجانب مقياس وكسلر لذكاء الأطفال WISC ولذلك لتحديد مقدار التفاوت بين نسبة الذكاء ومعدل التحصيل من جانب الطفل. وهناك إلى جانب ذلك أمثلة أخرى لاختبارات تحصيلية تركز على جوانب معينة من أهمها ما يلي:

- مقياس الحساب المعدل Key Math, Revised من إعداد كونولي (1997) Connolly.
- النسخة الثالثة من اختبار اللغة المكتوبة Test of Written Language- III. الذي أعده هاميل ولارسين (1996). Hammill &Larsen

ومن أهم أوجه القصور الموجودة في معظم اختبارات التحصيل المقننة أنه لا يمكن استخدامها للتعرف بدرجة أكبر على سبب وجود مثل هذه الصعوبة أو تلك لدى الطفل. هذا ويستخدم المعلمون والأخصائيون مثل هذه الاختبارات بصفة أساسية كي يتمكنوا من تحديد أولئك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم، والتعرف على تلك المؤشرات الدالة على جوانب قوتهم ونواحي ضعفهم. ومما لا شك فيه أن فكرة استخدام تلك البيانات أو المعلومات التي يكشف عنها القياس للمساعدة في تخطيط الاستراتيجيات التربوية قد اكتسبت كثيراً من التأييد لها من جانب أولئك المختصين الذين يعملون في مجال صعوبات التعلم. هذا ويتم استخدام الأنماط الثلاثة الأخرى من أساليب القياس في إطار فلسفي يؤمن بأن التقييم يعتبر أكثر فائدة للمعلم إذا ما تمت ترجمته على هيئة توصيات تربوية.

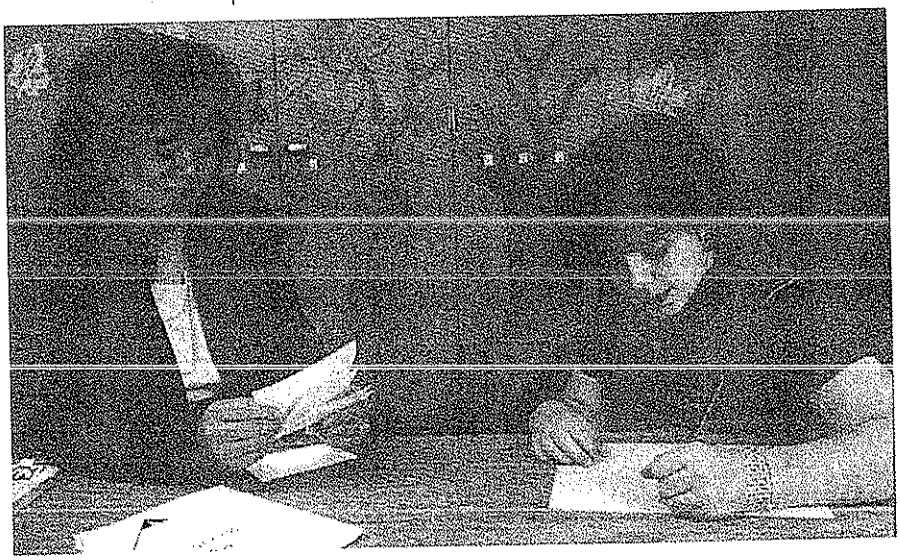
2- القياس التقويمي أو التكويني Formative Assessment

يعمل هذا النمط من أساليب القياس كما يرى فوكس وفوكس(1997) Fuchs &Fuchs وكوويت وآخرون(1995) Choate et.al. على أن يقيس بشكل مباشر سلوك التلميذ الذي يصدر عنه في سبيل الحفاظ على ما يكون قد حققه من تطور. ويعد القياس التقويمي أو التكويني أقل اهتماماً بتلك الكيفية التي يؤدي الطفل بها في ضوء ما يتمتع به من قدرات.

وعلى الرغم من وجود العديد من نماذج التقييم التكويني فإن هناك على الأقل خمس سمات مشتركة بينها هي:

أ- أن هذا القياس عادة ما يقوم به معلم الطفل وليس الأخصائي النفسي أو أخصائي التشخيص.

ب- أن المعلم يقيس سلوكيات الطفل بشكل مباشر، فإذا ما كان المعلم مهتماً على سبيل المثال بقياس نطق الطفل لأحد الحروف الهجائية فإنه ينظر إلى مثل هذا السلوك بعينه ويسجل طريقة نطق الطفل له سواء كانت صحيحة أم خاطئة.



جـ- أن المعلم يقوم بصفة مستمرة بملاحظة وتسجيل سلوك الطفل وذلك خلال فترة زمنية معينة في حين نجد أن معظم الأنواع الأخرى من الاختبارات يتم تطبيقها مرة أو مرتين على الأكثر في السنة. وعلى هذا الأساس فإن التقييم التكويني يعتمد على قياس أداء الطفل مرتين أو ثلاث مرات على الأقل كل أسبوع.

د - أن المعلم يستخدم هذا النمط من أساليب القياس كي يقوم بتقييم مدى التقدم أو التطور الذي يحرزه الطفل باتجاه تحقيق الأهداف التربوية. وبعد أن يقوم بتطبيق اختبار مبدئي يحدد المعلم أهدافاً معينة للتلميذ كي يحققها في غضون فترة زمنية محددة. فعلى سبيل المثال إذا ما وجد أن الطفل يمكنه أن يقرأ شفوياً خمساً وعشرين كلمة من كتاب معين بشكل صحيح في دقيقة واحدة فإن المعلم قد يحدد هدفاً أو محكاً معيناً على أثر ذلك يتمثل في قيام الطفل بقراءة مائة كلمة في الدقيقة

الواحدة بشكل صحيح بعد مضي شهر. ويشار أحياناً إلى هذا النمط المعروف بالتقييم التكويني على أنه الاختبار مرجعي المحك criterion- referenced testing.

هـ- أن المعلم عادة ما يستخدم هذا النمط من القياس كي يتعرف على مدى فعالية البرامج التربوية المستخدمة في هذا الصدد. وفي هذا الإطار فإننا نجد إذا ما عدنا إلى مثالنا السابق على سبيل المثال أن المعلم إذا ما أدرك بعد أيام قليلة أنه من غير المحتمل بالنسبة للطفل أن يحقق ذلك الهدف الذي حدده له والذي يتمثل في قراءة مائة كلمة يكون بوسعه حينئذ أن يلجأ إلى أي تدخل تربوي مختلف وأن يقوم بتجريبه حتى يتحقق من نتيجته.

وجدير بالذكر أن هناك نموذجاً معيناً من التقييم التكويني يعرف باسم القياس القائم على المنهج curriculum- based assessment CBA ورغم أن مثل هذا النموذج يعتمد بدرجة كبيرة على تلك البحوث المبكرة التي أجريت في هذا الإطار فإنه قد شهد تطوراً كبيراً على يدي دينو Deno وزملائه في العقد التاسع من القرن الماضي. ونظراً لأن القياس القائم على المنهج أو المرتكز عليه يعد نمطاً من أساليب التقييم التكويني فإنه يتسم بتلك الخصائص الخمس التي عرضنا لها للتو إضافة إلى وجود خاصيتين أخريين مميزتين هما:

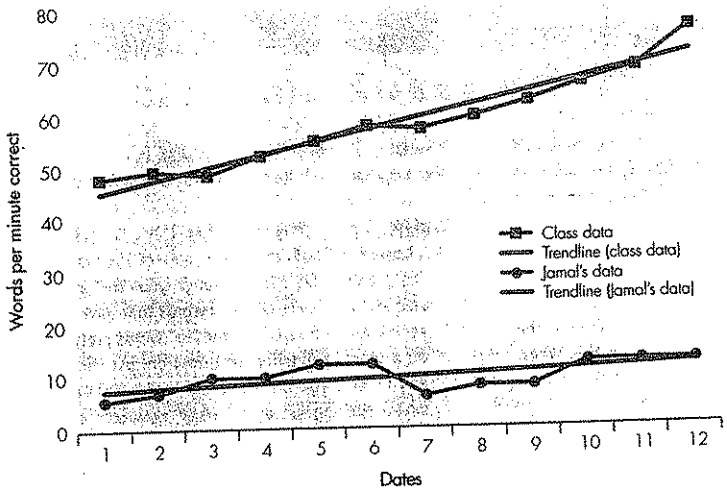
أ – أن هذا النمط من القياس قد تم تصميمه بغرض قياس أداء التلاميذ في منهج معين يقدم لهم. وتقوم استراتيجية التقييم النمطية في الهجاء والتي يتم تصميمها في إطار هذا النمط من التقييم على إعطاء نماذج هجائية للأطفال لمدة دقيقتين مستخدماً الإملاء من كلمات يتم اختيارها عشوائياً من منهج الهجاء المقرر عليهم. ومن ناحية أخرى فإن عدد الكلمات أو الحروف المتتابعة التي يتم هجاؤها بشكل صحيح تعمل كمقياس للأداء حيثيتم استخدامها كذلك. أما في الحساب فإن المعلم قد يعطي للتلاميذ دقيقتين حتى يتمكنوا من حساب عينات من المسائل يتم اختيارها من الكتاب المدرسي، ويقوم بتسجيل عدد الأرقام التي يحسبها الطفل بصورة صحيحة. هذا ويقرر المؤيدون لذلك الأسلوب أن مثل هذا الاعتماد على المنهج يعد ميزة يتفوق بها مثل هذا النمط من التقييم على اختبارات التحصيل المقننة والتي لا ترتبط في الأساس بأي منهج دراسي في أي مدرسة.

ب- أن هذا النمط من أساليب القياس يعمل بصفة أساسية على مقارنة أداء التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بأداء أقرانهم العاديين في نفس المدرسة. ويرى دينو Denoوزملاؤه أن المعلم يمكنه حال استخدامه لهذا الأسلوب أن يقوم بتطبيق تلك المقاييس القائمة عليه وذلك على عينة عشوائية من التلاميذ العاديين، ثم يقوم بعد ذلك بمقارنة أدائهم

بأداء أقرانهم ذوي صعوبات التعلم. كذلك فإن المقارنة بمجموعة مرجعية محلية يعد أكثر ارتباطاً بتحقيق الهدف المنشود، وأكثر فائدة من مقارنة الأداء بمجموعات ذات معايير قومية كما هو الحال بالنسبة للاختبارات المقننة.

3- التقييم غير الرسمي Informal Assessment

يعتبر هذا الأسلوب أحد أساليب القياس الشائعة التي يستخدمها المعلمون من خلال تحديد واجبات معينة لتلاميذهم، ويطلبون منهم أن يقوموا بأدائها، ثم يقومون بعد ذلك بتدوين ما استطاع هؤلاء التلاميذ أن يؤدونه بشكل جيد، وما وجدوا صعوبة في أدائه. ففي مجال القراءة على سبيل المثال يمكن للمعلم أن يستخدم مقياس القراءة غير الرسمي Informal Reading Inventory IRI والذي يتألف من سلسلة من قطع القراءة أو قوائم كلمات تتدرج بحسب مستوى صعوبتها. ويطلب المعلم من التلميذ أن يقرأ من هذه السلسلة بادئاً بقائمة أو قطعة من المحتمل أن تكون سهلة بالنسبة له. ويستمر التلميذ في قراءته بشكل متزايد وذلك لقوائم أو قطع أكثر صعوبة في الوقت الذي يقوم المعلم فيه بمراقبة أدائه. وبعد أن يقوم بجمع تلك النتائج أو الدرجات التي يحصل عليها التلميذ في اختبار القراءة غير الرسمي يمكن للمعلم أن يستخدمها في تقدير مستوى الصعوبة الحقيقية في القراءة بالنسبة التلميذ.



يتضمن القياس غير الرسمي قيام التلاميذ بأداء بعض الأعمال الأكاديمية التي يمكن أن تسهم في تشخيص حالاتهم من خلال تحليل الأخطاء

ويرى لوبيز- رينا وباي (1997) Lopez- Reyna &Bay أنه عند استخدام اختبار القراءة غير الرسمي أو أي وسيلة قياس غير رسمية أخرى يمكن للمعلم أن يقوم بتحليل تلك الأخطاء التي يرتكبها الطفل أثناء قيامه بأداء ما يتم تكليفه به من أعمال وهو الأمر الذي قد يشار إليه أحياناً على أنه تحليل الإشارات الخاطئة من جانب التلميذ. ويعتبر تحليل الأخطاء error analysis بمثابة طريقة أو أسلوب للتركيز على مجالات معينة يجد الطفل فيها صعوبة. فقد يوضح تحليل الأخطاء في القراءة على سبيل المثال أن الطفل يستبدل حرفاً بآخر مثلاً، أو يحذف أصواتاً معينة عندما يقرأ بصوت مرتفع، أو ما إلى ذلك.

4- التقييم الأصيل أو الحقيقي Authentic Assessment

يتشكك بعض المربين في مدى صحة تلك الدرجات التي يحصل الطفل عليها في الاختبار العادي وخاصة تلك الاختبارات التي تدخل في إطار الاختبارات المقننة التي يتم استخدامها في مجال صعوبات التعلم حيث يرون أن مثل هذه الاختبارات لا تعكس ما يقوم به التلاميذ في تلك المواقف التي يعملون فيها مع المعلمين، أو الأقران، أو الآباء، أو المشرفين، أو يتلقون المساندة من أي منهم خلالها. أما الهدف من القياس الأصيل أو الحقيقي فيكمن في قياس قدرة التلميذ على التفكير الناقد، وقدرته على حل المشكلات وذلك في مواقف حياتية واقعية.

وتعد الحقائب التعليمية portfolios من الأمثلة الشائعة للقياس الأصيل أو الحقيقي، وتعتبر في الواقع بمثابة مجموعة عينات من تلك الأعمال التي يكون الطفل قد أداها على مدى فترة زمنية معينة. ويرى ميز (2001) Meese أنه من الملاحظ بالنسبة لأولئك التلاميذ الذين يدرسون الموسيقى أو التربية الفنية أن يستخدموا الحقائب التعليمية، وهذا أمر معروف وشائع منذ فترة طويلة، إلا أن استخدام مثل هذه الحقائب في المجالات الأكاديمية يعد أمراً حديثاً. ومن المتفق عليه أن مثل هذه الحقائب تسمح بوجود قدر كبير من الأدلة التي تتعلق بذلك العمل الذي يؤديه التلميذ، وأن تلك الأدلة تعتبر أكثر ارتباطاً بمهارات الحياة الواقعية التي يتمتع الطفل أو التلميذ بها. ومن هذا المنطلق فإن مثل هذه الحقائب تتضمن على سبيل المثال ما يلي:

أ - المقالات أو أي عينات أخرى مما يقوم الطفل بكتابته مثل الخطابات والتعليمات والقصص.

ب- شرائط كاسيت أو شرائط فيديو للحوارات التي يقوم الطفل بها، أو إجاباته الشفوية عن بعض الأسئلة التي يتم توجيهها إليه.

جـ- شرائط كاسيت أو شرائط فيديو لما يقوم الطفل بأدائه أو تلاوته وإلقائه.

د – التجارب المختلفة التي يكون الطفل قد قام بها، وما تكون قد أسفرت عنه من نتائج، أو تقرير عن ذلك.

وجدير بالذكر أن تقييم الحقائب التعليمية كما يرى هالاهان وآخرون Hallahan(1999) et.al. يعد أمراً غاية في الصعوبة، كما يعتبر أكثر استهلاكاً للوقت مما يعتقده العديد من المربين. وفضلاً عن ذلك فإن المعلمين يحتاجون إلى مساعدة التلاميذ في تقرير ما يجب أن يقوموا بوضعه في مثل هذه الحقائب، كما يحتاجون كذلك إلى أن ينتبهوا جيداً إلى تلك المحكات اللازمة لتقييمهم. ومع ذلك فإن هذه الحقائب عندما يتم استغلالها جيداً يمكنها أن تكون مصدراً غنياً بالمعلومات عن جوانب قوة الطفل واهتماماته. وإضافة إلى ذلك يرى رويدا وجارشيا (1997) Rueda &Garcia أن لتلك الحقائب قيمتها الكبيرة بالنسبة لأولئك التلاميذ الذين ينحدرون من جماعات تتسم بالتنوع الثقافي والذين لا تفيد الاختبارات المقننة التقليدية معهم في حالتهم تلك حيث أنها لا تعكس قدراتهم الحقيقية فيصبح المخرج من هذا المأزق متمثلاً في استخدام مثل هذه الحقائب التعليمية.

الخصائص النفسية والسلوكية لذوي صعوبات التعلم

Psychological and Behavioral Charateristics

قبل أن نشرع في تناول أكثر الخصائص شيوعاً التي يتسم بها أولئك الأفراد ذوو صعوبات التعلم فإننا ينبغي أن نشير إلى سمتين هاتين يتسم بها هؤلاء الأفراد يتمثلان في إظهارهم لكم كبير من الاختلاف أو التنوع الذاتي والاجتماعي أي الشخصي وبين الشخصي، وهو ما نعرض له في النقطتين التاليتين.

التباين بين الشخصي أو الاجتماعي: Interindividual Variation

من الملاحظ أننا سوف نجد في أي فصل يضم أطفالاً يعانون من صعوبات التعلم أن بعضهم يعاني من مشكلات في القراءة، بينما يعاني بعضهم الآخر من مشكلات في الحساب، في حين يعاني البعض منهم من مشكلات في الهجاء، أما بعضهم الآخر فيكون لديه قصور في الانتباه، وهكذا. وعلى ذلك يتضح أن هناك تبايناً بين شخصي أو اجتماعي يطلق عليه في الأساس عدم التجانس heterogeneity وهو ما يعني أن هذه الفئة تضم عدة فئات فرعية غير متجانسة. وبالرغم من أن عدم التجانس يعد شأناً مميزاً لكل فئات التربية الخاصة حيث لا توجد أي فئتين منها يشبه بعضها الآخر فإن هذا الأمر ينطبق كذلك على الفئات الفرعية المتضمنة في صعوبات التعلم وهو الأمر الذي يمثل تحدياً أمام المعلمين كي يقوموا بتخطيط البرامج التربوية لتلك المجموعة المتباينة من الأطفال الذين يجدونهم في الفصل.

التباين الشخصي أو الذاتي: intraindividual variation

فضلاً عن تلك الفروق التي توجد بين كل طفل من ذوي صعوبات التعلم وغيره من الأطفال من ذات الفئة فإنه توجد فروق دالة بين مجموعة القدرات التي يتميز الفرد الواحد بها. فقد يكون مستوى الطفل في القراءة على سبيل المثال أعلى من مستوى صفه الدراسي بمقدار عامين أو ثلاثة، ولكنه يقل في ذات الوقت عن مستوى صفه في الحساب بمقدار عامين أو ثلاثة مثلاً. وقد تنتج مثل هذه البروفيلات غير المستوية عن وجود صعوبات تعلم نوعية معينة يتضمنها التراث السيكلوجي لصعوبات التعلم إلى جانب أن بعض الأطفال يعانون من أوجه قصور نوعية في مجال واحد فقط أو عدة مجالات قليلة للتحصيل أو النمو في حين قد يعاني غيرهم من الأطفال من مجالات أخرى، وهكذا.

وقد أثار بعض الرواد في مجال صعوبات التعلم اهتمام الزملاء إلى ما يطلق عليه التباين الذاتي أو الشخصي. ويعتبر صامويل كيرك Samuel Kirk من أهم المؤثرين في تأييد فكرة التباين الشخصي أو الذاتي هذه بين التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، وقام في هذا الإطار بتصميم اختبار جامعة إلينوي للقدرات النفس لغويةIllinois Test of Psycholinguistic Abilities الذي يهدف إلى قياس التباين في تلك العمليات ذات الأهمية بالنسبة للقراءة. إلا أن الباحثين قد وجدوا أن مقياس كيرك Kirk لا يقيس تلك العمليات وثيقة الصلة بالقراءة، ولذلك فقد أصبح من النادر أن يتم استخدامه في وقتنا الراهن من جراء ذلك. وعلى الرغم من هذا فإن معظم السلطات لا تزال تنظر إلى تلك الفروق الذاتية على أنها خاصية تميز غالبية التلاميذ ذوي صعوبات التعلم.

وبعد أن تناولنا هاتين الخاصيتين اللتين تميزان الأطفال ذوي صعوبات التعلم فإننا نعود مرة أخرى إلى تناول أهم الخصائص المميزة لهم وهو ما نعرض له في النقطة التالية.

مشكلات التحصيل الأكاديمي Academic Achivement problems

يعتبر وجود أوجه قصور أكاديمية بمثابة الخاصية المميزة لأولئك الأطفال ذوي صعوبات التعلم. ومن المعروف أنه إذا لم توجد أي مشكلة أكاديمية لديهم فإنه لن تكون هناك أي صعوبة من صعوبات التعلم. ومن أهم هذه المشكلات ما يلي :

القراءة: Reading

تعد القراءة هي أكثر المشكلات التي يمكن أن يواجهها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم. ويعتقد معظم المختصين بل ومعظم السلطات أن مثل هذه المشكلة ترتبط بالقصور في المهارات

اللغوية وخاصة بما يعرف بالوعي أو الإدراك الفونولوجيphonological awareness والذي يعرف كما يرى تورجيسين (2001) Torgesen بأنه قدرة الطفل على أن يفهم أن تدفق الحديث أو تسلسله يمكن أن تتم تجزئته إلى وحدات صوتية أصغر كالكلمات، أو المقاطع، أو الفونيمات. وعلى هذا الأساس يصبح من السهل علينا أن ندرك ذلك السبب الذي تكون من أجله تلك المشكلات التي تتعلق بالفونولوجيا أو بالأصوات الكلامية phonology في قلب العديد من مشكلات القراءة، فإذا ما واجهت الفرد صعوبات في تجزئة الكلمات إلى مكوناتها الصوتية أي الأصوات المكونة لها فإنه سوف تصادفه مشكلات جمة في تعلم القراءة. وهناك أدلة على أن من يقومون بقراءة اللغة الإنجليزية يعدون أكثر عرضة من غيرهم ممن يقرأون اللغات الأخرى لتلك المشكلات التي تتعلق بالوعي أو الإدراك الفونولوجي وهو الأمر الذي يفسر ما يراه البعض من أن صعوبات القراءة تعد أكثر انتشاراً في الدول الناطقة بالإنجليزية قياساً بغيرها من الدول الأخرى غير الناطقة بها.

اللغة المكتوبة: Written Language

يرى هالاهان وآخرون (1999).Hallahan et.al أن الأفراد ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يتعرضون لمشكلات في مجال واحد أو أكثر من مجالات الخط، والهجاء، والإنشاء. وعلى الرغم من أننا غالباً ما نجد أنه حتى أفضل التلاميذ يكون خطهم رديئاً أو غير جيد فإن أنماط المشكلات التي يبديها الأطفال ذوو صعوبات التعلم في هذا الصدد عادة ما تكون أكثر حدة، وأحياناً نجدهم يكتبون ببطء شديد، كما أن ما يكتبونه يكون غير مقبول. كذلك فإن الهجاء هو الآخر يعد مشكلة ذات مغزى في هذا الإطار نظراً لما قد يواجهه هؤلاء الأطفال من صعوبة في فهم التطابق بين الأصوات والحروف.

وفضلاً عن تلك المجالات الأكثر آلية أو ميكانيكية فيما يتعلق بالخط والهجاء فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم كما يشير مونتاجو وجرافيز (1992) Montague& Graves عادة ما يواجهون مشكلات في الجوانب الإبداعية من الإنشاء composition. وعلى هذا الأساس فإننا نجد كما يشير هالاهان وآخرون (1999) Hallahan et.al. أن هؤلاء الأطفال قياساً بأقرانهم العاديين يستخدمون تراكيب لغوية أقل تعقيداً، وتتضمن أنماطاً أقل من الكلمات، ويكتبون فقرات تعتبر أقل تنظيماً، ويتضمن ما يكتبونه قدراً أقل من الأفكار، كما يكتبون قصصاً تتضمن في الواقع قدراً أقل من العناصر الهامة مثل تقديم الشخصيات الأساسية، وتحديد المناظر، ووصف الصراع الذي يجب عليهم أن يتوصلوا إلى حل مناسب له.

اللغة المنطوقة:

يعاني العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم من مشكلات في الاستخدامات

الآليةوالاجتماعية للغة. فمن الناحية الآلية أو الميكانيكية نجدهم يواجهون مشكلات تتعلق بتكوين الجمل أي التراكيب اللغوية، ومشكلات أخرى تتعلق بمعاني الكلمات ودلالاتها إلى جانب تلك المشكلات التي تتعلق بالجانب الفونولوجي أو الصوتي في اللغة أي بالقدرة على تجزئة الكلمات إلى مكوناتها الصوتية أي الأصوات المكونة لها، ثم دمج تلك الأصوات معاً حتى يتمكن الفرد بذلك من تكوين الكلمات.

أما فيما يتعلق بالاستخدامات الاجتماعية للغة والتي يشار إليها غالباً على أنها الواقعية اللغوية pragmatics أو الجانب العملي فيها حيث غالباً ما يكون الأطفال ذوو صعوبات التعلم غير قادرين على أن يقوموا بتقديم أو استقبال أي حوار إذ أنهم باختصار تنقصهم الكفاءة في استخدام المحادثات حيث لا يكونوا قادرين على الانغماس فيما تتطلبه المحادثة من أخذ وعطاء متبادل من جانب أولئك الأفراد الذين يشتركون فيها. ومن هذا المنطلق فإن تلك المحادثات التي تتم بين أولئك الأفراد ذوي صعوبات التعلم تتسم بوجود فترات صمت طويلة تتخللها نظراً لعدم استخدام هؤلاء الأفراد لتلك الاستراتيجيات البارعة نسبياً التي يلجأ إليها أقرانهم العاديون حتى تستمر المحادثات فيما بينهم. كذلك فإن هؤلاء الأطفال يتسمون بعدم مهارتهم في الاستجابة لما قد يصدر عن الآخرين من جمل أو أسئلة، ويميلون إلى الإجابة على ما يتم توجيهه إليهم من أسئلة قبل أن تتاح الفرصة لزملائهم كي يجيبوا عنها. كما يميلون إلى إصدار تعليقات غير مرتبطة بالمهمة مما يجعل الآخرين الذين يتحدثون إليهم ينفرون منهم، ولا يرغبون في مواصلة الحديث معهم. وفي تلك الدراسة التي أجراها بريان وآخرون Bryan et.al.(1981) على عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم وأقرانهم العاديين والتي طلب منهم خلالها أن يؤدي كل منهما دور المضيف بالتبادل أوضح تحليل التفاعلات اللفظية أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم عندما لعبوا دور المضيف كانوا على العكس من أقرانهم أو ضيوفهم العاديين قد سمحوا لهم بأن يسيطروا تماماً على المحادثة. كما أن هؤلاء الضيوف قد أبدوا أيضاً بعض العلامات أو الإشارات التي تدل على عدم رضاهم أثناء المقابلة وذلك قياساً بما أبداه أقرانهم ذوو صعوبات التعلم عندما تبدل الموقف وأصبح الأطفال العاديون هم المضيفون، وأصبح ذوو صعوبات التعلم هم الضيوف.

الحساب: Math

على الرغم من أن صعوبات القراءة، والكتابة، واللغة قد نالت قدراً أكبر من الاهتمام قياساً بتلك المشكلات التي يصادفها الأطفال في الحساب والتي قد بدأت في الوقت الراهن تنال قدراً كبيراً من الاهتمام حيث أدرك المختصون والسلطات أن مشكلات الحساب كمشكلات تحدث في مجال أكاديمي معين بالنسبة للأطفال ذوي صعوبات التعلم تأتي في المرتبة الثانية

وذلك بعد صعوبات القراءة. وعادة ما تتضمن أنماط المشكلات التي يواجهها أولئك الأطفال في الحساب نوعين من المشكلات حيث يشير كاولي وآخرون (1988) .Cawley et.al إلى أحد هذين النوعين وهو ما يضم تلك الصعوبات التي تتعلق بعمليات جمع الحقائق الحسابية المختلفة فضلاً عن تلك المشكلات الأخرى التي أشار إليها ودوارد وباكستر (1997) Woodward & Baxter والتي تمثل النوع الثاني من هذه المشكلات وهي تلك الصعوبات التي تتعلق بالكلمات، وغالباً ما ترجع المشكلات أو الصعوبات من هذا النوع إلى حدوث قصور في تطبيق استراتيجيات حل المشكلات.

مشكلات الإدراك الحسي، والإدراك الحسي الحركي ومشكلات التآزر العام

من الجدير بالذكر أن نتائج تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار قد أسفرت في الواقع كما يشير ويلوز (1989) Willows عن أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات في الإدراك الحسي البصري أو السمعي، أو فيهما معاً. وقد يجد الطفل الذي يعاني من مشكلات في الإدراك الحسي البصري على سبيل المثال صعوبات في حل الألغاز المختلفة، أو في رؤية وتذكر الأشكال البصرية، كما أنه قد يميل من ناحية أخرى إلى إبدال الحروف المتشابهة مثل الحروف b, d و p, q. أما الطفل الذي يعاني من مشكلات في الإدراك السمعي على الجانب الآخر فقد يجد صعوبة في التمييز بين كلمتين يتم نطقهما بطريقة تكاد تكون واحدة مثل fit و fib. كما أنه يجد صعوبة أيضاً في متابعة تلك التعليمات التي يتم إصدارها شفوياً.

ومن ناحية أخرى فقد لاحظ المعلمون والآباء أيضاً أن بعض الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يجدون صعوبة في القيام بتلك الأنشطة الجسمية التي تتضمن المهارات الحركية، وبالتالي فإنهم عادة ما يصفون مثل هؤلاء الأطفال بأن كلتا قدميهما يسار، وأن الأصابع العشرة التي تتضمنها يداهما ما هم إلا إبهام أي أنهم يبدون وكأن لديهم عشرة أصابع إبهام، بمعنى أن ذلك الوصف الذي يشار إليهم به يصورهم وكأن قدميهما الاثنتين يسار، وأن أصابع يديهما جميعهم إبهام. وبالتالي فإن مثل هذه المشكلة لا تقتصر على مهارة معينة دون غيرها، بل إنها في الواقع تتعلق بجميع المهارات الحركية الدقيقة والعامة أي الكبيرة. كذلك فإن ما يزيد المشكلة بالنسبة للمهارات الحركية الدقيقة أنها عادة ما تتضمن أو تتطلب التآزر بين الجهازين البصري والحركي حتى تتم بالشكل الملائم، وبالتالي فإن هؤلاء الأطفال عادة ما يواجهون مشكلات عديدة في التآزر بشكل عام.

اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي المفرط

مما لا شك فيه أن أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه عادة ما يتسمون بخصائص معينة مثل التشتت، والاندفاعية، والنشاط المفرط. وغالباً ما يصفهم معلموهم وآباؤهم بأنهم غير قادرين على أن يستمروا في مهمة واحدة لفترة طويلة، وأنهم غير قادرين كذلك على أن ينصتوا لما يقوله الآخرون، وأنهم يتحدثون بلا توقف، وأنهم ينطقون بأول ما يخطر على بالهم من أشياء دون أن يفكروا، وأنهم غير قادرين على أن يقوموا بتخطيط أنشطتهم سواء داخل المدرسة أو خارجها.

ومن ناحية أخرى يرى كوتكين وآخرون Kotkin et.al.(2001) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يعانون من مشكلات في الانتباه، وأن مثل هذه المشكلات تكون ذات مستوى شديد مما يسفر عن تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ADHD وهو ما يعني من جانب آخر أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات شديدة تتعلق بقصور الانتباه، والاندفاعية والنشاط المفرط حيث نلاحظ أن المحكات الخاصة بذلك الاضطراب والتي تقدمها الجمعية الأمريكية للطب النفسيAPA في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM- IV (1994) تنطبق عليهم بشكل جلي. هذا وقد وجد الباحثون كما يشير فورنيس وكافيل(2002)Forness &Kavale أن هناك تداخلاً تتراوح نسبته بين 10-25% تقريباً بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط وصعوبات التعلم.

مشكلات الذاكرة والمشكلات المعرفية ومشكلات ما وراء المعرفة

بداية نود أن نوضح أننا قد آثرنا أن نناقش مشكلات الذاكرة والمشكلات المعرفية والمشكلات المرتبطة بما وراء المعرفة معاً في نقطة واحدة نظراً لأن مثل هذه المشكلات وثيقة الصلة ببعضها البعض حيث أن الفرد الذي يعاني من مشكلة في أحد هذه المجالات الثلاثة يكون من المحتمل بالنسبة له أن يعاني من مشكلات في المجالين الآخرين أيضاً.

الذاكرة:

يدرك الآباء والمعلمون جيداً أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات تتعلق بقدرتهم على تذكر مختلف الأشياء التي تصادفهم كالواجبات المنزلية أو المواعيد على سبيل المثال. وغالباً ما نجدهم في واقع الأمر يستغربون في سخط وغضب معلنين أنهم ليس بإمكانهم أن يفهموا ذلك السبب الذي يجعل طفلاً وديعاً ينسى أشياء بمثل هذه السهولة واليسر. كذلك فإن نتائج الدراسات المبكرة التي تم إجراؤها في هذا المجال قد أسفرت عن أن العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور حقيقي في الذاكرة.

ومن الجدير بالذكر أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون كما يرى سوانسون وساكسي- لي (2001) Swanson &Sachse- Lee من مشكلات من شأنها أن تؤثر على الأقل على نمطين من أنماط الذاكرة هما الذاكرة قصيرة المدى short- term memory STM والذاكرة العاملة working memory WM. وتتضمن تلك المشكلات التي تتعلق بالذاكرة قصيرة المدى وجود صعوبة في تذكر المعلومات المختلفة بعد رؤيتها أو سماعها بفترة قصيرة علماً بأن المهمة التقليدية التي تتعلق بالذاكرة قصيرة المدى تتطلب من الشخص أن يقوم بتكرار قائمة كلمات يتم تقديمها أمامه بصرياً أو شفوياً. أما المشكلات التي تتعلق بالذاكرة العاملة على الجانب الآخر فتؤثر في قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات في ذهنه عندما يقوم في ذات الوقت بأداء مهمة معرفية أخرى، ومن ثم فإن محاولة الفرد تذكر عنوان معين عند سماعه لبعض التعليمات التي تتعلق بكيفية الوصول إليه يعد مثالاً على ذلك.

هذا وقد وجد الباحثون أن أحد الأسباب الرئيسية التي تجعل الأطفال ذوي صعوبات التعلم يؤدون بشكل سيئ في مهام الذاكرة إنما يتمثل في أنهم على العكس من أقرانهم العاديين لا يستخدمون الاستراتيجيات في سبيل أدائها. فعند تقديم قائمة كلمات مثلاً للأطفال عامة حتى يتذكروها فإن معظمهم سوف يقوم بتكرار الأسماء لأنفسهم، وسوف يقومون كذلك باستغلال الفئات عن طريق تكرار الكلمات في مجموعات تتفق مع بعضها، إلا أن الأمر لن يسير على هذا النحو عند تقديم نفس المثال للأطفال ذوي صعوبات التعلم حيث سيكون من غير المحتمل بالنسبة لهم أن يستخدموا مثل هذه الاستراتيجيات تلقائياً.

المعرفة:

مما لا شك فيه أن القصور الذي يبديه الأطفال ذوو صعوبات التعلم في استخدام الاستراتيجيات المختلفة في مهام الذاكرة يدل أيضاً على أنهم يعانون من مشكلات مختلفة في المعرفة. والمعرفة cognition بشكل عام هي مصطلح واسع يغطي العديد من الجوانب المختلفة للتفكير وحل المشكلات. أما هؤلاء الأطفال فإنهم عادة ما يبدون تفكيراً غير منظم يؤدي إلى حدوث مشكلات في تخطيط وتنظيم حياتهم سواء في المدرسة أو في المنزل.

ما وراء المعرفة:

من المعروف أن المشكلات التي تتعلق بما وراء المعرفة metacognition ترتبط بشكل وثيق كما يرى بتلر (1988) Butler بتلك المشكلات المعرفية المختلفة والمتعددة التي يعاني منها أولئك الأطفال ذوو صعوبات التعلم. كما أن ما وراء المعرفة تتضمن على الأقل ثلاثة مكونات تتمثل فيما يلي:

1- القدرة على إدراك المتطلبات اللازمة لأداء مهمة معينة.

2- القدرة على اختيار الاستراتيجيات المناسبة وتنفيذها.

3- القدرة على مراقبة الأداء وضبطه وإجراء التعديلات اللازمة فيه حتى يتم أداء المهمة المطلوبة في النهاية.

وبالنسبة للمكون الأول وهو القدرة على إدراك المتطلبات اللازمة لأداء المهمة فإن الواقع يشهد أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم عادة ما يعانون من مشكلات تتعلق بحكمهم على مدى صعوبة تلك المهام التي يمكن أن تعرض عليهم، فقد يقدمون مثلاً على قراءة معلومات فنية بنفس مستوى الاهتمام الذي يبدونه عندما يقدمون على موضوع آخر يقرأونه للمتعة. أما المكون الثاني والذي يتمثل في القدرة على اختيار الاستراتيجيات المناسبة وعلى القيام بتنفيذها فإنه يشهد هو الآخر مشكلات معينة من جانب أولئك الأطفال، ومن أمثلتها أننا حينما نسأل الواحد منهم عن تلك الكيفية التي يتذكر بموجبها أن يأخذ واجبه المنزلي معه إلى المدرسة في الصباح فإنه هو أو غيره من أقرانه هؤلاء لا يذكر أنه يقوم بذلك من خلال استراتيجية معينة كأن يكتب أو يقوم بتدوين ملحوظة معينة مثلاً حتى يتذكر القيام بذلك، أو أنه يقوم بوضع واجبه هذا بجوار باب الشقة كي يأخذه معه عند خروجه من الشقة ولا ينساه. ومن الملاحظ أنهم يختلفون بذلك عن الأفراد العاديين في هذا الجانب حيث يقوم الأفراد العاديون بذلك عن طريق تطبيق استراتيجية معينة. وكذلك الحال بالنسبة للمكون الثالث وهو القدرة على ضبط الأداء وإجراء بعض التعديلات اللازمة عليه حتى يؤدي في النهاية إلى أداء المهمة المطلوبة وهو ما يعرف بالاستيعاب أو ضبط الاستيعاب فإنه يشهد هو الآخر قصوراً من جانب الأطفال ذوي صعوبات التعلم. ويشير ضبط الاستيعاب إلى تلك القدرات التي يستخدمها الفرد عندما يقوم بقراءة مادة معينة على هيئة نص مكتوب، ويحاول أن يقوم باستيعابها. ومن الملاحظ في هذا المضمار أن العديد من التلاميذ ذوي صعوات القراءة على سبيل المثال يواجهون مشكلات عديدة تتعلق بهذا المكون حيث أنهم ما لم يتمكنوا من فهم ما يقرأونه- وهو الواقع- فإنهم لن يتمكنوا من إدراكه. إلا أن أولئك الأفراد الذين يمكنهم أن يقرأوا بشكل جيد يكون بوسعهم أن يدركوا ما يقرأون، وأن يقوموا بعمل المواءمات المطلوبة كإبطاء معدل القراءة مثلاً، أو قراءة بعض القطع الصعبة. وإلى جانب ذلك فإن الأطفال ذوي صعوبات القراءة أو الذين يواجهون مشكلات في القراءة يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يجدوا العديد من المشكلات أيضاً في استنتاج الأفكار الرئيسية التي تتضمنها فقرة معينة أو مجموعة من الفقرات.

المشكلات الاجتماعية الانفعالية

على الرغم من أن نسبة لا بأس بها من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات اجتماعية انفعالية ذات دلالة فإنهم كفئة يعدون أكثر عرضة لمثل هذه المشكلات قياساً بأقرانهم العاديين. ويشير سريدهار وفون (2001) Sridhar &Vaughen إلى أن تأثير تلك المشكلات على أولئك الأطفال الذين يخبرون المشكلات السلوكية يستمر لفترة طويلة، كما أنه يكون مدمراً، وإلى جانب ذلك فإن مثل هذه المشكلات تعرضهم للرفض من جانب الأقران في السنوات الأولى من عمرهم، وتؤدي بهم أيضاً إلى انخفاض مفهومهم لذواتهم. أما في مرحلة الرشد فيشير ماكجرادي وآخرون (2001).Mc Grady et.al إلى أن تلك الآثار التي تخلفها سنوات الرفض يمكن أن تكون مؤلمة بالنسبة لهم، ولا يمكن نسيانها بسهولة. وفي هذا الإطار يذكر أحد الأشخاص الذين يعانون من صعوبات التعلم والذي يبلغ الرابعة والثلاثين من عمره بعض الآثار الانفعالية العميقة التي يخبرونها فيقول إن اتخاذ أصدقاء يعتبر عملية صعبة للغاية بالنسبة لهم، وأنهم عادة ما يتعرضون للخجل في المدرسة نتيجة لانخفاض تحصيلهم وخشيتهم أن يتجنبهم الأقران، كما أنهم يعانون إلى جانب ذلك من العزلة وهو الأمر الذي قد تترتب عليه مشكلات اجتماعية أخرى. وفضلاً عن ذلك فإنهم وفقاً لوجهة نظر كوين (2001) Queen غالباً ما يلجأون إلى الكذب في محاولة لتحسين صورتهم أمام الأقران، وبالتالي فهم يعانون من مشكلات اجتماعية وانفعالية خطيرة.

وجدير بالذكر أن القصور الذي يعاني منه الأطفال ذوو صعوبات التعلم في المعارف الاجتماعية يعد سبباً رئيسياً لما يمكن أن يتعرضوا له من مشكلات اجتماعية حيث يؤدي بهم ذلك إلى إساءة قراءة الإشارات الاجتماعية، وإساءة تفسير مشاعر الآخرين وانفعالاتهم. وإذا كان من الممكن بالنسبة لمعظم الأطفال أن يقرروا أن سلوكهم قد أضحى مزعجاً للآخرين في الوقت الذي يبدو فيه مثل هذا السلوك كذلك فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم أحياناً ما يسلكون وكأنهم يغفلون عن ذلك الأثر الذي يمكن أن يتركه سلوكهم هذا على أقرانهم، كما يجدون صعوبة في أخذ دور الآخرين أو في القيام بوضع أنفسهم مكان هؤلاء الآخرين.

هذا وقد لاحظ الباحثون كما يشير ورلنج وآخرون (1999).Worling et.al وروركي (1995) Rourke أن تلك المشكلات التي تتعلق بالتفاعل الاجتماعي تميل إلى الظهور أيضاً لدى أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الحساب، والمهام البصرية المكانية، والمهام اللمسية، والتنظيم الذاتي. وغالباً ما يتم وصف هؤلاء الأطفال والنظر إليهم من وجهة نظر عامة الناس على أنهم سكارى أو غرباء أو مشوشين. وعادة ما يشار إلى أولئك الأفراد الذين يبدون مثل هذه السلوكيات على أنهم يعانون من صعوبات تعلم غير لفظية nonverbal

learning disabilities ومع ذلك فإن مثل هذا المصطلح يعد اسماً مغلوطاً إلى حد ما نظراً لأنهم غالباً ما يبدون مشكلات في استخدام اللغة خاصة في المواقف الاجتماعية..ويرى جمع من الباحثين أن السبب في صعوبات التعلم غير اللفظية إنما يرجع إلى سوء الأداء الوظيفي للنصف الأيمن من المخ وذلك بسبب الارتباطات المعروفة للحساب، والقدرة البصرية المكانية، والقدرة اللمسية بالنصف الكروي الأيمن للمخ. وفضلاً عن ذلك يشير بيندر وآخرون Bender et.al.(1999) إلى أن هناك أدلة على أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم غير اللفظية يعدون عرضة للاكتئاب وذلك بسبب رفضهم الاجتماعي من الآخرين، والعزلة التي قد يجدون أنفسهم فيها على أثر ذلك، كما تزداد مخاطر حدوث الانتحار بينهم في الحالات المتطرفة.

المشكلات المرتبطة بالدافعية

تمثل الدافعية أو المشاعر التي ترتبط بالقدرة على التعامل مع ما تعج به الحياة من تحديات ومشاكل مصدراً آخر لتلك المشكلات التي يمكن أن يعاني منها العديد من أولئك الأفراد ذوي صعوبات التعلم، فقد يبدو هؤلاء الأفراد في الغالب قانعين بأن يتركوا الأحداث المختلفة تجري دون أن يبذلوا أي محاولة من جانبهم حتى يتمكنوا من السيطرة عليها أو التأثير فيها وهو الأمر الذي يشار إليه على أنهم يتسمون بموضع ضبط أو مركز تحكم خارجي وليس داخلياً external locus of control بمعنى أنهم يعتقدون أن هناك مجموعة من العوامل أو القوى الخارجية كالحظ أو الصدفة أو القدر مثلاً تتحكم في حياتهم بأسرها وذلك في مقابل ما يوجد لدى أقرانهم الذين يتسمون بموضع ضبط أو مركز تحكم داخلي internal locus of control والذي عادة ما يتمثل في عوامل داخلية مختلفة كالتصميم أو القدرة على سبيل المثال حيث يعتبرونها هي التي تتحكم في حياتهم أي أنهم بالتالي يعتبرون أنفسهم مسئولين عما يحدث لهم. وبذلك نلاحظ كما يرى سليجمان (1992) Seligman أن الأفراد ذوي صعوبات التعلم يتسمون بموضع ضبط خارجي، وأن أفراداً بمثل هذه الكيفية سوف يصل بهم الأمر أحياناً إلى تطوير ما يعرف بالعجز المتعلمlearned helplessness وهو الأمر الذي يعني شعورهم باليأس، وتوقع الأسوأ دائماً نظراً لاعتقادهم بأنهم مهما حاولوا فإنهم حتماً سوف يفشلون في النهاية ولن تجدي محاولاتهم شيئاً، ومن ثم لن يكون بمقدورهم تحقيق النجاح.

ومن جانب آخر فإن ما يجعل مثل هذه المشكلات التي ترتبط بالدافعية أمراً يصعب التعامل معه من جانب المعلمين والآباء وذوي صعوبات التعلم أنفسهم كما يرى مونتاجو Montague(1997) هو ذلك التفاعل بين المشكلات المعرفية ومشكلات الدافعية وهو الأمر

الذي يؤدي إلى تطوير دائرة مفرغة حيث يتعلم الفرد أن يتوقع الفشل في أي موقف جديد يتعرض له وذلك ستناداً على خبراته السابقة، وقد يؤدي به توقع الفشل أو العجز المتعلم إلى الشعور باليأس عندما تواجهه مهمة صعبة أو عندما يشعر أنها معقدة. ونتيجة لذلك فلن يفشل الفرد في تعلم مهارات جديدة فحسب، ولكنه سوف يتعرض أيضاً لخبرة أخرى سيئة تعزز من مشاعر العجز لديه وحتى مشاعر عدم القيمة أيضاً، وبذلك تستمر الدائرة على هذا النحو.

الطفل ذو صعوبات التعلم كمتعلم خامل يعاني من قصور في استخدام الاستراتيجيات المختلفة

يمكننا في واقع الأمر أن نقوم بتلخيص العديد من الخصائص النفسية والسلوكية التي ذكرناها إذا ما قلنا أن الطفل ذي صعوبات التعلم يعتبر متعلماً خاملاً تعوزه الاستراتيجيات اللازمة لمواجهة ما يمكن أن يصادفه من مشكلات أكاديمية مختلفة. وقد عرضت الدراسات المختلفة للطفل ذي صعوبات التعلم على وجه التحديد بأنه شخص معين لا يعتقد في قدراته مما يعرضه للعجز المتعلم، وأن إدراكه غير مناسب لما يمكن أن تقوم به الاستراتيجيات المختلفة في حل المشكلات أي أن قدراته التي ترتبط بما وراء المعرفة منخفضة للغاية أو رديئة، كما أنه يعاني أيضاً من مشكلات تعوقه عن التوصل إلى واختيار استراتيجيات التعلم المناسبة بشكل تلقائي.

وتوضح التطبيقات العملية لتلك المجموعة من الخصائص التي يتسم بها الأطفال ذوو صعوبات التعلم أنهم قد يجدون صعوبة كبيرة في الأداء المستقل، كما أنه من غير المحتمل بالنسبة لهم على أثر ذلك أن يلجأوا إلى ما يعرف بالمبادرة الذاتية، وأن يبدأوا في الأداء من تلقاء أنفسهم. كذلك فإن الواجبات المنزلية أو الأنشطة المختلفة التي تتطلب منهم أن يعتمدوا على أنفسهم في أدائهم لها قد تسبب لهم العديد من المشكلات ما لم يقدم لهم المعلم بحرص شديد كماً مناسباً من المساندة. وعلى هذا الأساس يرى بريان وسوليفان- بورشتين Bryan & Sullivan- Burstein(1998) وإبشتين وآخرون Epstein et.al.(1998) أن الواجبات المنزلية تمثل مشكلة أساسية للعديد من هؤلاء الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتتراوح هذه المشكلة في صعوبتها بين الفشل في إحضار الواجب إلى المنزل، والتشتت أثناء أداء الواجب، إلى نسيان تسليمه للمعلم، أو إخباره بأنه قد أنهاه. وعلى هذا الأساس فإن هناك بعض الاستراتيجيات المفيدة للمعلمين في هذا الصدد منها ما يلي :

1- أن يقوم المعلم بتحديد الواجب في تلك الأجزاء التي يمكن للتلميذ أن يستخدم فيها

بكفاءة تلك المهارات الموجودة لديه بالفعل وذلك بدلاً من أن يطلب منه أن يتعلم مهارات جديدة.

2- أن يتأكد من أن التلاميذ يفهمون جيداً ذلك الواجب المنزلي الذي يكون قد حدده لهم ويعرفون المطلوب منهم بشكل دقيق.

3- أن يعطي للتلاميذ واجبات منزلية يمكنهم أن يتلقوا مساعدة فيها أثناء وجودهم بالمدرسة.

4- أن يقدم لهم رسائل تذكير مستمرة تتعلق بتسليم الواجب المنزلي وذلك في تلك المواعيد التي ينبغي عليهم أن يسلمونه إياه فيها.

5- أن يسمح لهم باستخدام أساليب متعددة لإكمال واجباتهم بها، ومن بينها مثلاً تلك الإجابات الشفوية المسجلة على شريط كاسيت.

هذا وسوف نعود مرة أخرى لمناقشة موضوع الواجبات المنزلية من جديد في الفصل الأخير من هذا الكتاب.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

من الجدير بالذكر أننا سوف نتطرق في هذا الجزء من الفصل الحالي إلى اتجاهين أساسيين للحد من تلك المشكلات الأكاديمية التي يواجهها الأطفال ذوو صعوبات التعلم هما :

1- التدريب المعرفي والتعليم المباشر direct instruction.

2- نماذج تقديم الخدمة.

وعلى الرغم من أننا سوف نتناول كلاً من هذين الاتجاهين بشكل مستقل كما يتضح من عرضنا لهما على مدى الصفحات التالية فإنهما في الواقع العملي لا يعتبران كذلك حيث نجدهما يرتبطان ببعضهما البعض.

التدريب المعرفي Cognitive Training

يتضمن ذلك الاتجاه المعروف بالتدريب المعرفي ثلاثة مكونات هي :

1- تغيير عمليات التفكير.

2- تقديم استراتيجيات للتعلم.

3- تعليم الفرد القيام بالمبادرة الذاتية أو الشخصية self- initiative.

ويشير هالاهان وآخرون (Hallahan et.al.(1999 إلى أنه في حين يركز تعديل السلوك كأسلوب على تعديل السلوكيات الملاحظة فإن التدريب المعرفي يعني بتعديل عمليات التفكير غير المرئية، والحث على حدوث تغييرات ملحوظة في السلوك. وقد اتضح نجاح التدريب المعرفي في مساعدة العديد من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم كي يتغلبوا على مجموعة من المشكلات الأكاديمية التي تواجههم.

ومن جانب آخر فإن السلطات المختصة تحدد سببين على الأقل يجعلان التدريب المعرفي مناسباً للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم حيث يهدف هذا التدريب في الأصل إلى مساعدتهم في التغلب على ما يلي :

1- المشكلات المعرفية والمشكلات التي تتعلق بما وراء المعرفة وذلك بإتاحة استراتيجيات معينة لحل المشكلات أمامهم.

2- مشكلات الدافعية التي تتعلق بالسلبية والعجز المتعلم وذلك بالتأكيد على المبادرات الذاتية أو الشخصية وإشراكهم بقدر المستطاع في العلاج.

وهناك مجموعة معينة من الأساليب والاتجاهات التي تندرج تحت التدريب المعرفي من أهمها ما يلي:

أ - التعليم الذاتي .

ب- مراقبة الذات.

جـ- التعليم القائم على التدعيم.

د - التدريس التبادلي.

وسوف نلقي الضوء على هذه الأساليب كما يلي:

التعليم الذاتي: Self- instruction يتمثل الهدف من التعليم الذاتي في جعل التلاميذ على دراية بالمراحل المختلفة التي تتضمنها مهام حل المشكلات وذلك أثناء قيامهم بأداء تلك المهام إلى جانب امتثال سلوكهم لما يصدر عنهم من حديث إذ يجب أن تكون هناك سيطرة لفظية من جانبهم على السلوك، ويرجع ذلك إلى أنهم يتحدثون لأنفسهم بصوت مرتفع أثناء قيامهم بأداء المهمة المطلوبة أو حل المشكلة. هذا ويقوم المعلم في البداية بنمذجة استخدام الروتين اللفظي أثناء حل المشكلة، ثم يقوم بعد ذلك بالإشراف على التلاميذ وهم يستخدمون الروتين اللفظي حال قيامهم بأداء المهمة المطلوبة، ثم يقوم التلاميذ بعد ذلك بأداء المهمة من تلقاء أنفسهم وبشكل مستقل.

وتعد دراسة كاسي وآخرين (Case et.al.(1992 من الدراسات التي تناولت التعليم الذاتي كإجراء تام أو متكامل في التعليم وذلك لتلاميذ الصفن الخامس والسادس من ذوي صعوبات التعلم في سبيل حل مسائل الحساب الكلامية. وقد تضمنت الاستراتيجية ذات الخطوات الخمس التي تعلمها التلاميذ ما يلي:

1- تحديد المشكلة بصوت مرتفع.

2- البحث عن الكلمات الهامة ووضع دائرة حول كل منها.

3- رسم الصور للمساعدة في تفسير ما يحدث.

4- كتابة الجملة الحسابية.

5- كتابة الإجابة.

وفضلاً عن ذلك فقد تم حث التلاميذ على استخدام التعليمات الذاتية التالية:

1- تحديد المشكلة؛ ما الذي ينبغي أن أقوم به؟

2- التخطيط؛ كيف يمكنني أن أحل هذه المشكلة؟

3- استخدام استراتيجية معينة؛ سوف تساعدني الاستراتيجية ذات الخطوات الخمس في البحث عن الكلمات الهامة.

4- التقييم الذاتي؛ كيف أسير في أداء المهمة ؟

5- التعزيز الذاتي؛ حسناً فعلت، لقد توصلت إلى الحل الصحيح.

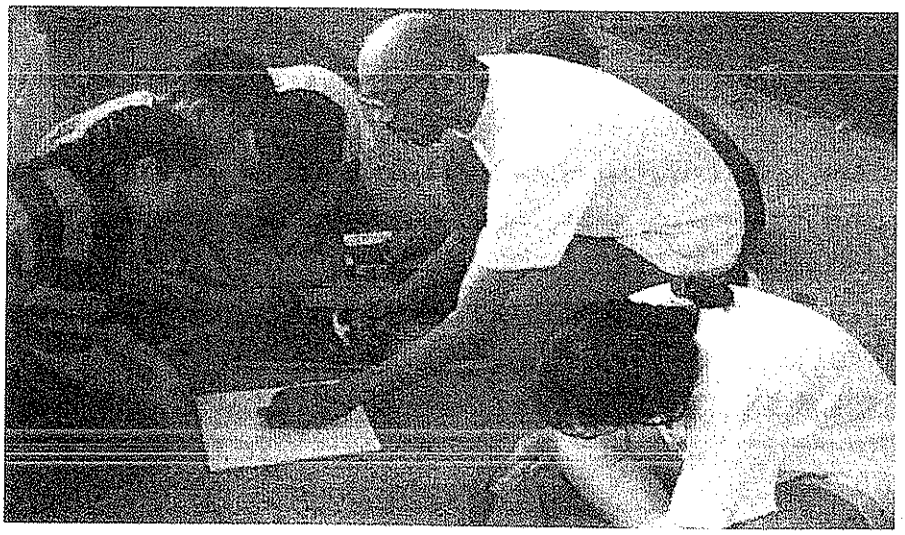
مراقبة الذات: Self- monitoring: يتطلب هذا النمط أن يظل التلاميذ على وعي بسلوكهم، وغالباً ما تضم مراقبة الذات مكونين على درجة كبيرة من الأهمية هما التقييم الذاتي، والتسجيل الذاتي حيث يقوم الطفل بتقييم سلوكه، ثم يقوم بعد ذلك بتسجيل ما إذا كان هذا السلوك قد حدث أم لا. فعلى سبيل المثال يمكن للتلميذ بعد أن يكون قد حاول القيام بحل العديد من مسائل الحساب أن يراجع حساباته، ثم يستخدم ورقة كي يسجل فيها عدد الإجابات الصحيحة التي يكون قد توصل إليها. وبعد عدة أيام يكون قد توفر لدى كل من المعلم والطفل كما يرى هاريس وآخرون (Harris et.al.(1994 سجلاً ملاحظاً عن ذلك التطور الذي يكون الطفل قد أحرزه. ويمكن للمعلم والتلاميذ أن يستخدموا مراقبة الذات في سبيل أداء العديد من المهام الأكاديمية المختلفة إلى جانب الحساب حيث يمكن استخدام هذا الأسلوب في زيادة عدد الكلمات التي يتهجاها الطفل بشكل صحيح، وكذلك في زيادة طول ونوعية تلك القصص التي يقوم بكتابتها على سبيل المثال.

وفضلاً عن مراقبة أو تصوير الأداء الأكاديمي فإن المعلم يمكنه كما يشير لويد وآخرون

Lloyd et.al. (1998) وماتيز وبيندر Mathes &Bender (1997) أن يطلب من التلميذ القيام بنفس الشيء كي يصور سلوكه أثناء القيام بالمهمة أو حال عدم قيامه بأداء أي مهمة. كما يمكن للتلاميذ أن يتعلموا القيام بسؤال أنفسهم ما إذا كانوا ينتبهون إلى المهمة المطلوبة أم لا وذلك في كل مرة يسمعون فيها نغمة معينة أو شريط كاسيت حيث من المفترض أن يقوم المعلم بإعداد شريط كاسيت مسجلاً عليه نغمات يسمع الطفل إحداها بشكل عشوائي خلال فترة زمنية معينة بحيث يسمع إحدى هذه النغمات كل فترة تتراوح بين ثلاثين ثانية وحتى دقيقة ونصف وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى زيادة السلوك الصحيح من جانب الطفل أثناء المهمة، بل وزيادة تحصيله الأكاديمي أيضاً.

التعليم القائم على التدعيم: Scaffolded instruction

يحصل التلاميذ على المساعدة في هذا النمط من التعليم عندما يتعلمون المهام للمرة الأولى، ثم تقل تلك المساعدة تدريجياً حتى تختفي تماماً، ويقوم التلاميذ بأداء المهام المختلفة بشكل مستقل ودون أن يحصلوا على المساعدة من المعلم. هذا وتعد تلك الدراسة التي أعدها سكستون وآخرون Sexton et.al.(1998) من الدراسات التي تقوم على هذا الأسلوب. وقد قام المعلم خلالها بنمذجة استراتيجية الكتابة المستخدمة آنذاك والتي كانت تتضمن ثلاث خطوات كان ينطقها بصوت مرتفع هي:



يتم تقديم المساعدة في بداية تعلم المهام المختلفة ثم تقل بعد ذلك تدريجياً حتى تختفي

1- فكر من الذي سوف يقرأ تلك الكلمات التي أكتبها، ولماذا أقوم أنا بكتابتها؟

2- خطط ما ذا ستقول مستخدماً التفرعات على شكل شجرة، ولاحظ الجملة الدالة على الموضوع، والأسباب، ثم قم بفحص الأسباب، ولاحظ النهاية.

3- اكتب وقل أكثر.

ومن الملاحظ أنه أثناء قيام المعلم بنمذجة الاستراتيجية يقوم كل من التلاميذ والمعلم بمناقشة جوانبها المختلفة، ويقوم التلاميذ تدريجياً بتذكرها، ثم يقوموا بعد ذلك بتطبيقها من تلقاء أنفسهم.

التدريس التبادلي: reciprocal teaching

يتضمن التدريس التبادلي مثله في ذلك كالتدريس القائم على التدعيم حواراً تفاعلياً بين المعلم من جانب والتلاميذ من جانب آخر تكون خلاله العلاقة بينهما شبيهة بتلك التي تنشأ بين الخبير، ويمثله المعلم هنا، والمتدرب ويمثله التلميذ. ويقوم المعلم تدريجياً بتقليص دوره كمعلم وحيد، ثم يتخلى عن ذلك الدور ويسمح للتلميذ أن يقوم بدور المعلم المشارك co- in-structor وذلك لفترة وجيزة من الوقت. ويقوم المعلم بعد ذلك بنمذجة أربع استراتيجيات أمام التلاميذ، ويشجعهم على استخدامها، ويحثهم على ذلك. وهذه الاستراتيجيات هي:

1- التنبؤ.

2- التساؤل.

3- التلخيص.

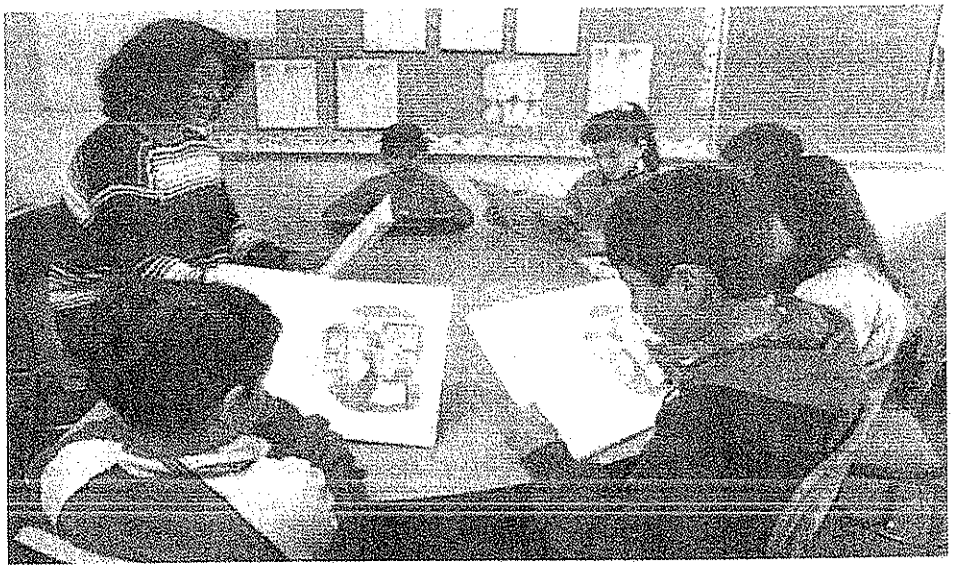
4- التوضيح clarifying.

ويرى ميز (Meese(2001 أن المعلم حينئذ يبدأ بقراءة مختارات معينة من الموضوعات، ويطلب من التلاميذ التنبؤ بأشياء معينة يحددها لهم استناداً على عنوان القصة، أو العناوين الفرعية المتضمنة، أو غير ذلك من الخصائص المميزة للقطعة المختارة. وبهذه الطريقة يتم تشجيع التلاميذ على تفعيل ما لديهم من خلفيات تضم المعارف والمعلومات، وأن يحددوا هدفاً لقراءة هذه القطعة أو تلك. وبعد ذلك يقوم المعلم باستخدام استراتيجيات جيدة للتساؤل، ويدعم ذلك لدى التلاميذ بأن يطلب منهم أن يقوموا بتوجيه أسئلة شبيهة بما يقوم به هو وذلك بدلاً من توجيه تلك الأسئلة التي تقوم على ملء الفراغات. وفضلاً عن ذلك فإذا لم يتمكن التلاميذ من توجيه سؤال معين يقوم المعلم بتقديم أداة استفهام مناسبة لهم كإشارة تساعدهم على تذكر السؤال المناسب. وتتضمن استراتيجيات التلخيص بالنسبة للتلاميذ تحديد الفكرة

الأساسية في الموضوع وما يرتبط بها من تفاصيل وتقرير هذه المعلومات بكلمات من عندهم دون النظر إلى النص أو الرجوع إليه. وهنا يجب أن يقوم التلاميذ بتحديد الجملة الأساسية في الموضوع أو يعطوا اسماً لقائمة من العناصر وذلك كأساليب يمكنهم اتباعها في سبيل تحديد الأفكار الرئيسية. وأخيراً يقوم التلاميذ بتحديد تلك المعلومات التي يرون أنها غير واضحة أو غير معروفة لهم وذلك أثناء قيامهم بتوضيح المفردات اللغوية الجديدة، والتعبيرات غير الشائعة، أو المعلومات الغامضة.

التعليم المباشر

يركز أسلوب التعليم المباشر على تلك التفاصيل التي تتضمنها العملية التعليمية. ويركز أنصار التعليم المباشر على التحليل المنظم لذلك المفهوم الذي يتم تعلمه وذلك بدلاً من تحليل الخصائص المميزة للتلميذ. وفي هذا الصدد يعتبر تحليل المهمة task analysis مكوناً حاسماً من تلك المكونات التي يتضمنها التعليم المباشر. ويتضمن تحليل المهمة تجزئة المشكلات الأكاديمية إلى تلك الأجزاء المكونة لها حتى يتمكن المعلم من تدريس تلك المكونات أو الأجزاء بشكل منفصل، ثم يقوم بتعليم التلاميذ بعد ذلك القيام بوضع تلك المكونات معاً بترتيب معين حتى يثبتوا مهاراتهم الأكبر.



تتسم برامج التعليم المباشر بالتتابع الدقيق والسريع للدروس والمجموعات التي تتراوح بين 4-10 تلاميذ

ويرى إنجلمان Engelmann وزملاؤه (1991، 1989، 1988) أن هناك مجموعة متنوعة من برامج التعليم المباشر تتوفر في كل من القراءة، والحساب، واللغة. وتتألف مثل هذه البرامج من عدد من الدروس تتسم بتسلسلها الدقيق، وسرعة الانتقال فيما بينها، ويتم تعليمها لمجموعات صغيرة يتراوح عدد أعضائها بين أربعة إلى عشرة أفراد. وهناك تركيز كبير خلالها على التمارين والممارسة، ويقوم المعلم بالتدريس من نص مكتوب تم إعداده جيداً، ويتبع التلاميذ خطوات المعلم الذي غالباً ما يستخدم إشارات يدوية ليحثهم على المشاركة. ثم يعرض المعلم تغذية راجعة فورية صحيحة وذلك لتصحيح الأخطاء إلى جانب المديح والثناء للتلاميذ على تلك الإجابات الصحيحة التي يمكنهم التوصل إليها.

وتعد برامج التعليم المباشر من البرامج المتاحة للاستخدام مع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. وقد أسفرت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها حولها عن أن استخدامها لا يؤدي إلى تحقيق فوائد أو مكاسب أكاديمية فورية فحسب، بل يؤدي أيضاً إلى حدوث مكاسب أكاديمية على المدى البعيد.

أفضل الممارسات في التدريس للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم

يرى المختصون كما يشير سوانسون Swanson (2001) وفون وآخرون Vaughn (2000) et.al. وسوانسون وهوسكين Swanson &Hoskyn (1998) وروزينشاين وميستر Rosenshine &Meister (1994) أنه لا يمكن للتدريب المعرفي بمفرده، ولا للتعليم المباشر بمفرده أيضاً أن يكون هو الحل المناسب لتعليم جميع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، ولكن الحل الأمثل في هذا الإطار يتمثل في ضرورة إعداد المعلمين كي يتمكنوا من استخدام كلا الأسلوبين معاً إذ أنه من الملاحظ أن التلاميذ يحتاجون إلى أن يقوم المعلم بتعليمهم الاستراتيجيات المطلوبة والمهارات اللازمة تعليماً مباشراً من خلال أسلوب التعليم المباشر، ويحتاجون في ذات الوقت أن تتاح لهم الفرصة كي يقوموا بممارسة وتجريب مثل هذه الاستراتيجيات من تلقاء أنفسهم وذلك باستخدام أساليب التدريب المعرفي كالتعليم الذاتي، ومراقبة الذات، والتعليم القائم على التدعيم، والتدريس التبادلي.

نماذج تقديم الخدمة

استمر أكثر أنماط التسكين التربوي شيوعاً للأطفال ذوي صعوبات التعلم على مدار العديد من السنوات يتمثل في غرف المصادر. ومع ذلك ففي منتصف التسعينيات ومسايرة للاتجاه السائد نحو الضم أو الاحتواء تفوق الفصل العادي على غرفة المصادر كأكثر البدائل التسكينية شيوعاً. وفضلاً عن ذلك فقد قلت أعداد التلاميذ الذين يتم تسكينهم في فصول

منعزلة للتربية الخاصة بشكل تدريجي وذلك وفقاً لتقرير مكتب التربية الأمريكي (2000)، وأصبح ما يقارب 44% تقريباً من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الذين تتراوح أعمارهم بين 6-21 سنة يتم تعليمهم بصفة أساسية في الفصول العادية وذلك في مقابل 39 % تقريباً منهم يتم تعليمهم في غرف المصادر، وحوالي 16% تقريباً يتم تعليمهم في فصول منعزلة.

وكما أوضحنا في الفصل الثاني فإن العديد من المدارس قد تحركت باتجاه الأخذ بترتيبات التدريس التعاوني الذي يعمل فيه معلم التعليم العام جنباً إلى جنب مع معلم التربية الخاصة وهو النموذج الذي يعتقد البعض أنه يناسب التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على وجه الخصوص حيث يسمح لهم بالبقاء في الفصل العادي غالبية الوقت على الأقل، أو يسمح لهم بذلك طوال الوقت. ومع ذلك فلا يزال البحث حول التدريس التعاوني كما يشير موراويسكي وسوانسون (2001) Murawski & Swanson في مراحله الأولية.

ونظراً لأن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يشكلون أكبر فئات التربية الخاصة عدداً، وأن مشكلاتهم السلوكية والأكاديمية لا تصل إلى نفس مستوى شدة مشكلات أقرانهم المتخلفين عقلياً أو المضطربين سلوكياً فإنهم غالباً ما ينتظمون في تلك الفصول التي تتبع سياسة الضم أو الاحتواء الكامل. وعلى الرغم من ذلك فإن الجمعيات المهنية الرئيسية وجمعيات الآباء الأساسية لا يوافقون تقريباً على وضع كل التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في مواقف أو فصول تقوم على الضم أو الاحتواء الكامل. وإلى جانب ذلك هناك العديد من الأدلة التي تؤكد كما يرى كلينجر وآخرون (1998).Klinger et.al على أن أولئك التلاميذ ذوي صعوبات التعلم أنفسهم يفضلون أن يتم تسكينهم في فصول المصادر على تسكينهم في الفصول العادية التي تقوم على الضم أو الاحتواء الكامل على الرغم من أن الغالبية العظمى منهم يرون أن مثل هذه الفصول العادية بوضعها الذي يتيحه الضم يشبع كل احتياجاتهم. ومن جانب آخر فإن الدراسات التي تم إجراؤها حول فعالية الضم بالنسبة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم كما يرى فون وآخرون (2001).Vaughn et.al قد كشفت عن نتائج لا تؤيد في الأغلب والأعم اللجوء إلى الضم أو الاحتواء الكامل لجميع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. وختاماً فإن التعديلات القانونية التي طرأت على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA قد حددت ضرورة أن يكون هناك متصل كامل يضم بدائل عديدة للتسكين وذلك للأطفال ذوي صعوبات التعلم وهو الأمر الذي يمكن أن تترتب عليه نتائج إيجابية عديدة في هذا المجال.

التدخل المبكر

من الجدير بالذكر أن هناك نسبة ضئيلة جداً من البرامج قبل المدرسية التي تعد متاحة

للاستخدام مع أولئك الأطفال ذوي صعوبات التعلم وذلك نظراً لتلك الصعبات التي تواجهنا في سبيل تحديد أولئك الأطفال والتعرف عليهم في مثل هذه السن الصغيرة. وفي واقع الأمر فإننا حينما نتحدث عن اختبار أطفال ما قبل المدرسة للتعرف على صعوبات التعلم فيما بينهم فإننا بلا شك نتحدث عن التنبؤ وليس التحديد أو التشخيص كما يرى كوف وجلوفر (1980) Keogh & Glover. وقد يرجع ذلك إلى حقيقة هامة تستند على استحالة قيام أطفال ما قبل المدرسة بدراسة مقررات أكاديمية مختلفة وهو الأمر الذي لا يمكننا في ضوئه أن نقرر ما إذا كان مستواهم الأكاديمي أو مستوى تحصيلهم أقل من أقرانهم أم لا. ولكن للأسف فإنه نظراً لأن كل الأشياء الأخرى تعد متساوية فإن التنبؤ يصبح بالتالي أقل دقة من التحديد أو التشخيص.

وهناك على الأقل عاملان قد يجعلان التنبؤ بصعوبات التعلم اللاحقة أمراً صعباً خلال مرحلة ما قبل المدرسة هما:

1- أن المشكلات التي تظهر بالنسبة للعديد من حالات صعوبات التعلم بين الأطفال يكون مستواها في الغالب بسيطاً نسبياً. كما يبدو العديد من هؤلاء الأطفال ذكياً أو عادياً على الأقل وتتوفر لديه الكفاءة المطلوبة للتعامل مع تلك المهام المختلفة التي تتفق مع مرحلته العمرية وذلك حتى تواجهه مهمة أكاديمية معينة كالقراءة أو الهجاء على سبيل المثال فيختلف الأمر. وعلى العكس من الكثير من الأطفال ذوي الإعاقات فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لا يمكن تحديدهم بشكل مباشر أو في الحال.

تكاد تتمثل المؤشرات الدالة على صعوبات التعلم بالنسبة للأطفال في المهارات قبل الأكاديمية

2- غالباً ما يكون من الصعب تحديد ماهية التأخر النمائي الحقيقي وماهية ما يمكن اعتباره مجرد بطء في معدل النضج حيث أن العديد من الأطفال الذين لا يعانون من صعوبات التعلم يوجد لديهم بطء واضح في تطورهم أو معدل نموهم في هذه السن الصغيرة، إلا أنهم سرعان ما يلحقون بأقرانهم ويستوون معهم في معدل النمو.

وغني عن البيان أن هناك رأياً متنامياً بين المختصين يرى ضرورة عدم استخدام نعت صعوبات التعلم مع الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة حيث أن هذا النعت يتضمن بالضرورة وجود جوانب قصور تتعلق بالمقررات الأكاديمية وهو الأمر الذي لا يمكن أن يتحقق حتى نهاية مرحلة الروضة، وربما الصف الأول الابتدائي. وبالتالي فإن هؤلاء المختصين يفضلون استخدام نعوت عامة لأطفال ما قبل المدرسة مثل " متأخر نمائياً " developmentally delayed أو "معرض للخطر" at risk . أما من يفضلون استخدام مصطلح صعوبات التعلم مع هؤلاء الأطفال فيرون أنه كلما اكتشفنا تلك المشكلات النوعية التي يعاني الطفل منها مبكراً تمكن المعلمون والوالدان من وضع خطط تتفق مع طبيعة هذه الحالة وما يمكن أن يعكسه هذا المصطلح بمعناه العام عليها.

وحتى نتمكن من تقديم المساعدة اللازمة للآباء والمختصين في هذا الصدد فإن هناك حاجة ملحة إلى إجراء البحوث حول تطوير اختبارات تنبؤية أفضل في مستوى ما قبل المدرسة. أما في الوقت الراهن فنحن نعلم أن أكثر المنبئات أو المؤشرات المستخدمة في هذا المجال دقة كما يرى ليرنر Lerner (2000) وفورمان وآخرون Foorman et.al. (1997) هي المهارات قبل الأكاديمية. preacademic skills وتعد المهارات قبل الأكاديمية كما يرى تورجيسين Torgesen (2001) بمثابة تلك السلوكيات التي تعتبر ذات أهمية للطفل قبل أن يبدأ تعليمه النظامي مثل التعرف على الأرقام، والحروف، والأشكال، والألوان. كما أن هناك مهارة أخرى لها أهميتها البالغة بالنسبة للقراءة تتمثل في الوعي أو الإدراك الفونولوجي phonological awareness.ويتمثل الوعي أو الإدراك الفونولوجي في قدرة الطفل على فهم أن مجرى الحديث يمكن تجزئته إلى وحدات صوتية أصغر كالكلمات، والمقاطع، والفونيمات على سبيل المثال. ومن المعروف أن الأطفال العاديين أي ممن لا يعانون من أي صعوبة من صعوبات التعلم يكون بمقدورهم أن يقوموا عامة بتطوير مثل هذا الوعي الفونولوجي خلال سنوات ما قبل المدرسة. أما أطفال ما قبل المدرسة الذين يبدون مشكلات في الوعي الفونولوجي فيعدون من المعرضين لخطر صعوبات القراءة وذلك بعد أن يلتحقوا بالمدرسة الابتدائية.

الانتقال إلى مرحلة الرشد

كان المختصون يعتقدون كما يشير ويت وآخرون (1998) .Witte et.al وجولدشتين وآخرون(1998).Goldstein et.al وجيربر(1997) Gerber وبلاكوربي وواجنر(1997) Blackorby &Wagner أن الأطفال يتخلصون من صعوبات التعلم مع نموهم ووصولهم إلى مرحلة الرشد، إلا أن هذا الأمر قد غدا بعيداً عن الحقيقة. وعلى الرغم من أن مآل أولئك الأفراد ذوي صعوبات التعلم بوجه عام عادة ما يكون أكثر إيجابية قياساً بأقرانهم الذين يعانون من بعض الإعاقات الأخرى كالاضطرابات السلوكية على سبيل المثال فإنه تظل هناك صعوبة أخرى محتملة حيث قد يتسرب هؤلاء الأفراد من المدرسة خلال سنوات المراهقة مثلاً، ومع ذلك يظل المستقبل أمراً غير موثوق تماماً فيه إذ أن العديد من الأفراد ذوي صعوبات التعلم تظل لديهم مشكلات ثابتة في كل من التعلم، والتنشئة الاجتماعية، وشغل الوظائف، والحياة بشكل مستقل أو الحياة المستقلة. وحتى أولئك الأفراد الذين نعتبرهم من الناجحين نسبياً في الانتقال إلى مرحلة الرشد غالباً ما ينبغي عليهم تكريس قدر معقول من الطاقة حتى يتمكنوا من مسايرة المواقف المختلفة التي تعج بها الحياة اليومية.

العوامل المرتبطة بالانتقال الناجح

إذا ما سألنا أنفسنا في الواقع عن تلك الحالة التي يمكن أن تصير إليها حال المراهق الذي يعاني من صعوبات التعلم فإننا سنجد أن مثل هذا الأمر يعتمد على مجموعة من العوامل، وأنه يصعب علينا بالتالي أن نتنبأ بذلك. هذا وقد قام العديد من الباحثين مثل راسكيند وآخرين (1999) .Raskind et.al وريف وآخرين (1997) .Reiff et.al وسبيكمان وآخرين (1992).Spekman et.al وجيربر وآخرين (1992).Gerber et.al بتناول تلك العوامل التي يمكن أن تسهم في تحقيق التوافق الناجح من قبل المراهقين والراشدين ذوي صعوبات التعلم. وعلى الرغم من أنه قد يبدو أن نسبة الذكاء ومستوى التحصيل يمكن أن يكونا هما أفضل المؤشرات الدالة على النجاح وذلك وفقاً لما أقره الراشدون الناجحون من بين أولئك الذين يعانون من صعوبات التلم، كما أقروا أيضاً أن هناك بعض العوامل ذات الأهمية التي يمكن أن تميزهم عن غيرهم من أقرانهم ذوي صعوبات التعلم الذين لم يتمكنوا من تحقيق النجاح مثلهم هي:

1- درجة غير عادية من المثابرة.
2- القدرة على وضع أهداف معينة لأنفسهم.
3- تقبل حقيقي وواقعي لنواحي الضعف الموجودة لديهم مع اتجاه لتنمية وتطوير جوانب قوتهم في الوقت ذاته.

4- التقرب من شبكة قوية من الأصدقاء وأعضاء الأسرة يعملون على تقديم المساندة الاجتماعية اللازمة.

5- التعرض لتدخلات تربوية مكثفة وطويلة المدى.

6- القدرة على ضبط حياتهم والسيطرة على مجرياتها.

وتعد مسألة القدرة على ضبط الحياة والسيطرة على مجرياتها من وجهة نظر كوين Queen (2001) من السمات الأساسية الثابتة لدى الراشدين الناجحين ذوي صعوبات التعلم والتي تميزهم جميعاً حيث نجد أنهم لا يتركون هذه الإعاقة أو تلك الصعوبات هي التي تتحكم فيهم أو تسوقهم، ولكنهم بدلاً من ذلك يأخذون على عاتقهم المبادرة بالسيطرة على قدرهم والتحكم فيه، وبالتالي فإنهم بهذه الطريقة يتمكنون من تجنب ما قد يترتب على صعوبات التعلم من آثار سلبية يمكن أن تؤثر على حياتهم بأسرها. كما يمكنهم أن يقيموا مع الآخرين علاقات اجتماعية ناجحة بدلاً من تلك العلاقات الطفيلية التي قد تترتب على صعوبات التعلم، وبالتالي يصبحون هم الذين يتحكمون في حياتهم وما قد يعترضهم من مشكلات تنتج عن صعوبات التعلم، ولا يتركوا المجال بذلك لصعوبات التعلم كي تتحكم هي في حياتهم.

البرامج المقدمة بالمدارس الثانوية

تختلف الاتجاهات التي تتناول تعليم الطلاب ذوي صعوبات التعلم في مستوى المدرسة الثانوية وذلك اعتماداً على ما يتم تحديده لها من أهداف، فإذا كان الهدف هو إعداد الطالب للدراسة بالمرحلة الجامعية فإن الأمر حتماً سيختلف عما إذا كان الهدف يتمثل في إعداده لعالم العمل كي يشغل مهنة معينة فيه. وبوجه عام هناك سبعة برامج مختلفة في هذا الإطار مما يجعل الاختيارات أمام الطلاب ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الثانوية متعددة ومتنوعة. وتضم هذه الاختيارات أو البرامج كما يرى بيندر Bender (2001) ما يلي:

1- المهارات الوظيفية.

2- العمل والدراسة.

3- تنمية المهارات الأساسية.

4- تقديم الشرح والتدريب في المجالات الدراسية.

5- استراتيجيات التعلم.

6- الضم والاحتواء (الدمج) أو التدريس المشترك.

7- النصح والتشاور.

ويخصص أول اختيارين من هذه الاختيارات لإعداد الطلاب لعالم العمل وذلك أكثر من غيرها من الاختيارات الأخرى، ومع ذلك فإن المدارس عادة ما تعرض خليطاً من هذه النماذج لطلابها ذوي صعوبات التعلم. هذا ويمكننا أن نلقي بعض الضوء على تلك النماذج على النحو التالي:

المهارات الوظيفية:

يركز نموذج المهارات الوظيفية على تلك المهارات التكيفية اللازمة لوظيفة أو مهنة معينة مثل السلوك أثناء العمل، وكتابة استمارات التقديم للوظائف المختلفة، وتسديد الحساب عن طريق استخدام دفتر الشيكات، وما إلى ذلك. وغالباً ما يتم تقديم هذا النموذج مع نموذج العمل والدراسة، ونموذج المهارات الأساسية، أو مع أحدهما فقط.

العمل والدراسة: work- study

يقدم هذا الاختيار خبرات عمل يتم الإشراف عليها وذلك أثناء اليوم الدراسي، أي أنه يعرض على الطالب مجموعة من الخبرات التي تتعلق بالمهن المختلفة حال وجوده بالمدرسة. وبالتالي يمكن للطالب أن يتعرف على مجموعة من الوظائف موضع الاهتمام بالنسبة له.

المهارات الأساسية:

يقوم معلم التربية الخاصة في هذا النموذج بتعليم الطلاب المهارات الأكاديمية الأساسية في كل من الحساب، وفنون اللغة، والقراءة. ويختلف كم التعليم الذي يقدمه المعلم للطلاب في فصل التربية الخاصة المستقل وفقاً لحاجة هؤلاء الطلاب، وبالتالي يقل الكم المقدم أو يزيد بحسب حاجتهم الفعلية لذلك .

الشرح والتدريب في المجالات الدراسية :

يقوم معلم التربية الخاصة بتدريب التلاميذ على محتوى المجالات الدراسية المختلفة كالتاريخ، والحساب، واللغة الإنجليزية، وما إلى ذلك. ومن عيوب هذا النموذج أن المعلم الواحد هو الذي يقوم بتدريب التلاميذ في هذه المجالات جميعاً، ومن ثم فإنه قد لا يكون لديه خبرة كبيرة في بعض هذه المجالات.

استراتيجيات التعلم:

تم تطوير هذا النموذج في مركز بحوث التعلم بجامعة كانساس.Kansas ويركز هذا النموذج في الواقع كما يرى ديشلر وآخرون (2001).Deshler et.al على التدريس للتلاميذ

حتى يصبح بإمكانهم التغلب على جوانب القصور التي يعانون منها والتي ترتبط بما وراء المعرفة وذلك باستخدام استراتيجيات التعلم المناسبة. ولذلك فقد تم تطوير مجموعة من الاستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها التلاميذ كي تساعدهم في سبيل تنظيم المعلومات والتعلم وذلك بصورة أكثر كفاءة.

التدريس المشترك: co- teaching

يقوم معلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة بالتدريس معاً في هذا النموذج وذلك في فصول التعليم العام. وهناك العديد من نماذج التدريس المشترك تتراوح في الواقع بين قيام معلم التعليم العام بتقديم المحتوى الرئيسي، في حين يقوم معلم التربية الخاصة بتقديم التعليمات بجانب القيام بتقديم أي مساعدة أخرى تتعلق بالشرح والتدريب، إلى قيام كل معلم منهما بتقديم المحتوى مرة أو يأخذ دوراً معيناً في تقديمه.

النصح والتشاور:

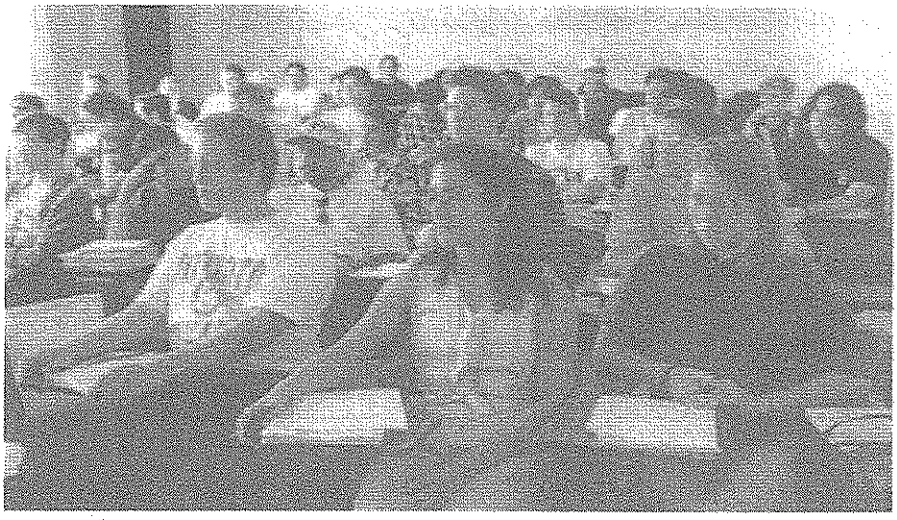
يقوم معلم التربية الخاصة بالتشاور في هذا النموذج مع معلم التعليم العام حول تلك الطرق والأساليب التي يتمكنون بمقتضاها من إدخال بعض التعديلات على منهج التعليم العام حتى يشبع حاجات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم ويلبيها. ويقوم معلم التعليم العام وليس معلم التربية الخاصة بتقديم التعليم اللازم في ضوء هذا النموذج.

البرامج المقدمة بعد المرحلة الثانوية

من الجدير بالذكر أن تلك البرامج التي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية تتضمن كما يشير هيتشنجز وآخرون (Hitchings et.al.(2001 وهندرسون (Henderson (1999 برامج فنية تدريبية وأخرى تقنية إضافة إلى التعليم بكليات المجتمع، والكليات ذات السنوات الدراسية الأربع four- year colleges والجامعات. ومن الملاحظ أن هنا العديد من الطلاب ذوي صعوبات التعلم قد تم قيدهم في الكليات والجامعات، كما أن العديد من الجامعات قد شرعت في تقديم برامج وخدمات خاصة لهؤلاء الطلاب حتى أننا لاحظنا أن أعداد الطلاب ذوي صعوبات التعلم الذين التحقوا بالفرقة الأولى بالجامعات في العقد الأخير من القرن الماضي أي في عقد التسعينيات قد ازداد بمقدار ثلاثة أضعاف تقريباً حيث ازدادت نسبتهم من حوالي 1.2% تقريباً من المجموع العام للطلاب إلى حوالي 3.5 % تقريباً منهم.

ومن أهم المشكلات الأساسية التي يواجهها الطلاب ذوو صعوبات التعلم عند الانتقال من المرحلة الثانوية إلى الكلية انخفاض كم التوجيه والإرشاد الذي يوجه إليهم من الراشدين

حيث يجد الكثيرون منهم أن الاعتماد على أنفسهم كلية وعلى النظام الذاتي أو الشخصي يعد أمراً صعباً. ومن جانب آخر يرى جاجار (Gajar (1989 أن المطالب المتزايدة على مهارات الكتابة، وتدوين الملاحظات تمثل أيضاً مشكلات أساسية بالنسبة للكثيرين منهم.



انخفاض كم التوجيه من الراشدين للطلاب ذوي صعوبات التعلم بالجامعة

وينبغي أن يقوم معلمو المرحلة الثانوية في هذا الإطار كما يرى كوب (Cobb (2001 وكرافيتس وواكس (Kravets &Wax (2001 وستريتشارت ومانجروم (Strichart (2001 &Mangrum بإعداد طلابهم حتى يتمكنوا من الوصول للاختيارات السليمة والصائبة بالنسبة لتلك الكليات التي يودون أن يلتحقوا بها، إضافة إلى مساعدتهم على الاستفادة من تلك البرامج التي سيتم تقديمها فيها. وإذا ما تم إعداد دليل حول تلك البرامج التي تقدم للطلاب ذوي صعوبات التعلم فإن هذا سوف يسهل من استفادتهم منها حيث سيتم الاختيار هنا بعد دراسة من جانب هؤلاء الطلاب وأسرهم. وفضلاً عن ذلك يمكن أن يستفيد هؤلاء الطلاب من تلك التجهيزات الخاصة التي يتم توفيرها للطلاب ذوي صعوبات التعلم وذلك عندما يستجيبون لاختبار الاستعدادات الأكاديمية Scholastic Aptitude Test SAT أو يستجيبون للاختبار الأمريكي للتقدم للكليات American College Test ACT .

وعند اختيار كلية معينة لاستكمال الدراسة بها يجب أن يضع هؤلاء الطلاب وأسرهم في اعتبارهم ما يتم تقديمه من خدمات للطلاب فيها حيث تحدد المادة رقم ٤٠٥ من قانون التأهيل المهني لعام 1973 (القانون العام 93-112) أنه ينبغي أن تقوم الكليات بتوفير تجهيزات مناسبة للطلاب ذوي الإعاقات حتى لا يشعروا بأن الطلاب الآخرين متميزين عنهم بسبب

إعاقتهم. ومن هذه التجهيزات أو الترتيبات التي ينبغي أن توفرها الكليات المختلفة لمثل هؤلاء الطلاب ما يلي:

- أن يمتد وقت الاختبارات لهم.
- أن يسمح لهم بأخذ الاختبارات إلى غرفة تخلو من مشتتات الانتباه.
- أن تتوفر لهم شرائط كاسيت تتضمن المحاضرات والكتب المطلوبة.
- أن يتوفر متطوعون لتدوين الملاحظات لهم في المحاضرات المختلفة.

وإضافة إلى ذلك فإن هناك مكونين أساسيين في تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم بمثل هذه الكليات هما:

أ- الشمولية comprehensiveness.

ب- التفرد individualization.

ويتضمن ذلك شمولية تلك الخدمات التي يتم تقديمها بجانب خطة واضحة لتقديم الخدمات تتضمن العديد من العناصر ذات الأهمية في هذا المضمار من أهمها ما يلي:

- نمط التوجه الصيفي Summer orientation
- برنامج التدريب.
- التدريب في فصول مختلفة أو متعددة.
- إجراء القياس والتقييم كلما تطلب الأمر ذلك.
- تقديم الدعم الانفعالي.
- توفير التجهيزات والترتيبات التي تساعد البرنامج على إشباع حاجات معظم الطلاب.

ومع ذلك فإن للبرامج التي يتم إعدادها لفرد معين دوراً في هذا الإطار حيث لا يوجد هناك برنامج مقنن يصلح لكل الطلاب ذوي صعوبات التعلم، ومن ثم يجب أن يتقابل الأخصائيون المسئولون عن دراسة الحالة مع الطلاب حتى يستفيدوا من الخطة الفردية التي يتم من خلالها تقديم الخدمات المناسبة لكل طالب.

ومما لا شك فيه أن الدفاع أو التأييد الذاتي self- advocacy يعتبر من المهارات الأساسية ذات الأهمية لطلاب الجامعة ذوي صعوبات التعلم والتي تعني كما يشير هيتشنجيز وآخرون Hitchings et.al.(2001) قدرة الطالب على فهم حقيقة إعاقته، ووعيه بحقوقه القانونية وإدراكه لها، والتعبير عن حقوقه وحاجاته، ونقل ذلك لأساتذته ومدربيه. وعلى الرغم من أن هذه المهارة يجب أن يتم تعليمها للطلاب ذوي صعوبات التعلم وهم بالمرحلة الثانوية

فإن العديد منهم يلتحقون بالكلية وهم لا يزالون في حاجة إلى إرشادهم وتوجيههم لتلك الكيفية التي يقومون بموجبها بالتعبير عن الدفاع أو التأييد الذاتي بكل ثقة وبطريقة مقبولة.

ومن الملاحظ أن العديد من الطلاب ذوي صعوبات التعلم كما يرى سكنر(1998) Skinner يحاولون عند التقدم للكلية إخفاء مشكلاتهم خوفاً من عدم قبولهم بها. ومما لا شك فيه أنه إذا ما استمر الاهتمام بهذه الفئة يسير على مثل هذه الشاكلة فإننا نعتقد أنه سوف يأتي الوقت الذي نشهد فيه تعاوناً بين الطلاب والكليات بغرض استخدام تلك المعلومات التي تتعلق بصعوبات التعلم من جانب هؤلاء الطلاب في تخطيط البرامج المختلفة اللازمة لهم.

الخلاصة: Summary

هناك ثلاثة عوامل تعد هي الأكثر شيوعاً في تعريف صعوبات التعلم هي :

1- افتراض وجود اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي.

2- وجود مشكلات في القيام بالعمليات السيكلوجية المختلفة.

3- التباين بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل.

ومن التعريفات الأكثر شيوعاً واستخداماً لصعوبات التعلم تعريف الحكومة الفيدرالية الذي يتضمن هذه العوامل الثلاثة. وهناك تعريف شائع آخر قدمته اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم لا يتضمن وجود مشكلات في القيام بالعمليات السيكلوجية المختلفة، ومع ذلك فهو يؤكد على أن صعوبات التعلم يمكن أن تستمر حتى مرحلة الرشد. ومن جانب آخر فإن صانعي السياسات يواجهون بمشكلات تتعلق بتعريف صعوبات التعلم بصفة عامة والإجراءات التي تستخدم لتحديدها على وجه الخصوص. إلا أن الأمر كله يكاد يتركز حول وجود تفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل وإن كان البعض يتساءل حول الجدوى النظرية والعملية لهذا التفاوت، أما إجراءات التحديد المتبعة في الوقت الراه فلا يزال يدور حولها الكثير من الجدل.

هذا وقد ازدادت أعداد الأطفال ذوي صعوبات التعلم بشكل كبير حيث زاد أكثر من الضعف وذلك منذ عام 1977/76. ويرى البعض أن مثل هذه الزيادة إنما تعكس في الواقع تسرعاً من جانب المعلمين في نعت التلاميذ بتلك الصفة، أما البعض الآخر فيعزو ذلك إلى العوامل الثقافية الاجتماعية مثل زيادة الفقر، والضغوط الأسرية. وتشهد صعوبات التعلم زيادة بين البنين قياساً بالبنات حيث تكاد تكون النسبة بينهما 1:3 وهو الأمر الذي لا يزال يشهد جدلاً كبيراً. ويعتقد الكثيرون أن اختلال الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي والذي يمثل سبباً رئيسياً لصعوبات التعلم إنما يرجع في الواقع إلى أسباب جينية أو وراثية، وأخرى نتيجة عوامل تؤدي إلى حدوث تشوهات في التركيب العضوي، وثالثة تتمثل في العوامل الطبية.

وعادة ما يستخدم المختصون أربعة أنماط من القياس مع هؤلاء الأطفال تتمثل فيما يلي :

1- القياس التحصيلي المقنن.

2- القياس التقويمي أو التكويني.

3- القياس غير الرسمي.

4- القياس الأصيل أو الحقيقي.

وفي الوقت الذي تعمل فيه الاختبارات المقننة بمقارنة التلاميذ بمجموعات معيارية معينة فإن أساليب التقييم التكوينية تعمل على توفر خمس سمات أساسية تتمثل فيما يلي :

1- أن المعلم عادة هو الذي يقوم بالقياس.

2- أن المعلم يقيس سلوكيات الطلاب بالفصل بشكل مباشر.

3- أن هذه المقاييس تستخدم بصورة مستمرة وعلى مدى فترة زمنية محددة.

4- أن القياس عادة ما يتم في ضوء الأهداف التربوية المحددة.

5- أن المعلم عادة ما يستخدم تلك المعلومات التي يسفر عنها القياس حتى يقرر مدى فعالية البرنامج التربوي المستخدم مع هذا التلميذ أو ذاك.

ومن ناحية أخرى يعتبر التقييم القائم على المنهج الدراسي نمطاً من أنماط التقييم التكويني، أما القياس غير الرسمي فيتضمن قيام التلميذ بتلك الأعمال الأكاديمية المطلوبة منه، ثم تحديد الأخطاء التي يرتكبها، وتحليلها، وتحديد المجال الذي تصادفه فيه المشكلات المختلفة. ويسهم تحليل الأخطاء كأسلوب يلجأ المعلم إليه في المساعدة على تحديد تلك المهارات التي تتطلب العلاج. أما القياس الأصيل أو الحقيقي بأساليبه المختلفة التي تضم الحقائب التعليمية فيعمل على تقييم التفكير الناقد للتلميذ، وقدرته على حل المشكلات وذلك في مواقف الحياة الواقعية.

ومن الجدير بالذكر أن الأفراد ذوي صعوبات التعلم يظهرون العديد من التباينات الشخصية وبين الشخصية أو الاجتماعية وذلك في خصائصهم النفسية والسلوكية وهو الأمر الذي يدل على أن هذه الفئة تعد غير متجانسة. وفي الواقع نجد أن أوجه القصور الأكاديمية تعتبر هي جوهر صعوبات التعلم عامة، أما مهارات القراءة فترتبط بانخفاض مستوى المهارات الفونولوجية. كذلك فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يعانون من صعوبات أو مشكلات في اللغة المنطوقة والمكتوبة، والحساب. كما أن بعضهم الآخر قد يعاني من مشكلات في الإدراك الحسي، والإدراك الحسي الحركي، وفي التآزر العام. وفضلاً عن ذلك فإن بعض هؤلاء الأطفال غالباً ما يعانون من مشكلات في الانتباه، وقد يصل الأمر ببعضهم إلى أن يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. وإضافة إلى ذلك فإن بعضهم قد يعاني من قصور في الذاكرة وخاصة الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة بجانب مشكلات معرفية أخرى تؤدي إلى سوء التنظيم، ومشكلات تتعلق بما وراء المعرفة وهو الأمر الذي يتعلق بكل مما يلي :

1- القدرة على إدراك المتطلبات اللازمة لأداء مهمة معينة.

2- اختيار الاستراتيجية المناسبة لأداء تلك المهمة واستخدامها.

3- مراقبة الأداء وضبطه وإدخال التعديلات اللازمة عليه.

ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال قد يخبرون الرفض من الأقران، وانخفاض مفهوم الذات وهو ما يمكن أن يؤدي بهم إلى صعوبات التعلم غير اللفظية والتي قد تتضمن مشكلات في السلوك الاجتماعي، والحساب، والمهام البصرية المكانية، والمهام اللمسية، والتنظيم الذاتي وهي المشكلات التي يعتقد أنها ترتبط باختلال الأداء الوظيفي للنصف الكروي الأيسر من المخ. وإلى جانب ذلك فإن هؤلاء الأطفال قد يعانون من مشكلات في الدافعية مما يجعلهم يتقاعسون عن الأداء، ومن ثم فإنهم غالباً ما يكون لديهم موضع ضبط خارجي، كما يبدون عجزاً متعلماً وهو الأمر الذي يجعلهم سلبيين كمتعلمين.

وجدير بالذكر أن تلك الأساليب التربوية التي يتم اللجوء إليها في سبيل الحد من المشكلات الأكاديمية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم تتضمن التدريب المعرفي، والتعليم المباشر. ومن المعروف أن التدريب المعرفي يركز على ما يلي :

1- تغيير عمليات التفكير.

2- إتاحة الاستراتيجيات اللازمة للتعلم.

3- تعليم المبادرة الذاتية أو الشخصية.

وهناك العديد من الأمثلة أو الأنماط التي يتضمنها التدريب المعرفي من أهمها ما يلي :

- التعليم الذاتي.
- مراقبة الذات.
- التعليم القائم على التدعيم.
- التدريس التبادلي.

أما التعليم المباشر على الجانب الآخر فيركز بشكل مباشر على المقررات الأكاديمية وذلك بصورة تفوق ما يتم في التدريب المعرفي، كما أنه يركز على العمليات التعليمية، والتحليل المنظم للمهمة بدلاً من خصائص المتعلمين. وتؤكد نتائج البحوث التي أجريت في هذا الإطار أن التعليم الأمثل ينبغي أن يكون خليطاً من النمطين معاً، أي يجمع بين كل من التدريب المعرفي من ناحية والتعليم المباشر من ناحية أخرى.

ومما لا شك فيه أن أعداد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم قد ازدادت في الفصول العادية

مقارنة بغرف المصادر، وبالتالي يصبح التدريس التعاوني هو الأفضل حيث يقوم معلم التعليم العام ومعلم التربية الخاصة بالعمل معاً. ونظراً لذلك فإن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يشكلون غالبية التلاميذ الموجودين في برامج الضم أو الاحتواء الكامل. ومن جانب آخر فإن العديد من المختصين يترددون حول إعداد برامج للأطفال ذوي صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يكون من الصعب أن نتنبأ في هذه السن الصغيرة بأولئك الأطفال الذين سوف يعانون من مشكلات أكاديمية بعد ذلك. ومن هذا المنطلق فإن البعض يفضل ألا يسميهم ذوي صعوبت تعلم، بل يستخدم صفات أو خصائص عامة بدلاً من ذلك في سبيل وصفهم وتحديد حالتهم من بينها الأطفال المعرضين للخطر، أو الأطفال المتأخرين نمائياً. ومع ذلك فإن هناك بعض المهارات قبل الأكاديمية كالقدرة على التعرف على الحروف، والأعداد، والأشكال، والألوان، والوعي أو الإدراك الفونولوجي تعد بمثابة أفضل المؤشرات التي يمكن أن نتعرف بموجبها ومن خلالها على التعلم الأكاديمي اللاحق.

وغني عن البيان أن البرامج التربوية التي يتم تقديمها للطلاب ذوي صعوبات التعلم في المدارس الثانوية لها أهمية كبيرة في إعدادهم إما لعالم العمل والوظيفة أو للتعليم الجامعي سواء في كليات المجتمع أو الكليات ذات السنوات الدراسية الأربع أو الجامعات. وعلى ذلك تتباين نماذج البرامج التي تقدم بها لتصل إلى سبعة نماذج يهتم الأول والثاني منها بالعمل، أما النماذج الباقية فتهتم بالدراسة. وهذه النماذج هي :

1- المهارات الوظيفية.

2- العمل والدراسة.

3- المهارات الأكاديمية الأساسية.

4- الشرح والتدريب في المجالات الدراسية.

5- استراتيجيات التعلم.

6- التدريس المشترك.

7- النصح والتشاور.

ومن جانب آخر فإن المشكلات الأساسية التي يواجهها أولئك الطلاب في هذه المرحلة تتضمن مشكلات متعددة ومتنوعة منها مشكلات في عدد من المجالات الأساسية تعتبر المجالات التالية في مقدمتها، بل ومن أهمها، وهي :

- التعلم.
- التنشئة الاجتماعية .

- شغل الوظائف .
- أداء مهارات الحياة اليومية.

أما الانتقال الناجح من المرحلة الثانوية إلى الرشد على الجانب الآخر فيتوقف على عدة عوامل من أهمها ما يلي:

1- المثابرة .

2- تحديد الأهداف .

3- التقبل الحقيقي لنواحي الضعف مع تنمية نواحي القوة .

4- توفر شبكة اجتماعية تقوم بتقديم المساندة اللازمة .

5- تدخل تربوي مكثف وطويل المدى .

أما أهمية البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الطلاب بعد المرحلة الثانوية فقد تزايدت حيث ازدادت أعدادهم في الكليات بما يقارب ثلاثة أضعاف وذلك خلال السنوات القليلة الماضية. وتتمثل أهم مكونات هذه البرامج على الإطلاق في الشمولية والتفرد أي شمولية تلك الخدمات التي يتم تقديمها لهم بجانب خطة واضحة لتقديم الخدمات، وإعداد برامج خاصة لفرد بعينه بحيث لا تصلح لأي فرد آخر غيره وذلك في إطار خطة فردية يتم من خلالها تقديم الخدمات المناسبة لكل طالب. كذلك فإن الأمر بالنسبة لهؤلاء الطالب بعد المرحلة الثانوية وخاصة خلال المرحلة الجامعية يتطلب وجود مهارة أساسية لديهم تعرف بالدفاع أو التأييد الذاتي حيث تتضمن قدرته على فهم حقيقة إعاقته، ووعيه بحقوقه القانونية وإدراكه لها، والتعبير عن حقوقه وحاجاته، ونقل ذلك إلى أساتذته ومعلميه وهو الأمر الذي يسهم في تحقيق كم أكبر من الاستفادة التي يحققها الطالب في هذا الإطار.

الفصل السابع

7

الأطفال ذوو اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط

Learners with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

مقدمة:

يشير بيركلي (1998) Berkley إلى أن شخصية فيدجيتي فيل Fidgety Phil في تلك القصيدة التي كتبها الطبيب الألماني هنريتش هوفمان Heinrich Hoffmann تعد بمثابة إحدى الإشارات الأولى في الأدب الغربي لما نشير إليه اليوم على أنه اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ADHD حيث نجد أن عدم قدرة فيل Phil على التحكم في اندفاعيته يشبه ما نطلق اليوم عليه النشاط المفرط وليس قصور الانتباه، أو ما كان يطلق عليه من قبل قيام الفرد بتنظيم سلوكه. وسوف نناقش ذلك بشكل أكثر تفصيلاً فيما بعد، ولكن من المهم أن نشير هنا إلى أن النشاط الحركي المفرط من جانب فيل Phil أو ما يطلق عليه فرط الحركة أو النشاط يعتبر سمة مميزة للكثيرين من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، ولكنه مع ذلك ليس سمة لهم جميعاً. وعندما كتب هوفمان Hoffmann قصيدة أخرى عن قصة جوني Johnny كانت تدور حول طفل يعاني من قصور الانتباه فقط دون أن يعاني من أي مشكلات تتعلق بالنشاط المفرط.

والحقيقة أن مثل هذا الأمر قد تم إدراكه في وقت مبكر وذلك منذ منتصف القرن الثامن عشر، وإن كان قد تم على هيئة دراسات حالة شعرية فقط فإنه يعتبر ذا أهمية كبيرة أيضاً. أما الآن فإن الأمر برمته يخضع للنقد حيث يشار إليه على أنه وهم أو حالة زائفة تعد بمثابة نمط من التشخيص لأولئك الأفراد الذين يتسمون في الأساس بالكسل أو نقص الدافعية. وربما يمثل ذلك بعض الأسباب التي لم تجعل من هذا الاضطراب فئة مستقلة من وجهة نظر وزارة التربية الأمريكية، أي لم يتم النظر إليه على أنه فئة مستقلة كالتخلف العقلي أو صعوبات التعلم على سبيل المثال. ولذلك فإن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتلقون خدمات التربية الخاصة تحت مسمى آخر هو " فئة الإعاقات الصحية الأخرى" Other Health Impairments. وهو ما يعني من جانب آخر أن ذلك الاضطراب يندرج تحت هذه الفئة المشار إليها.

نظرة تاريخية سريعة

إضافة إلى ذلك التقرير الذي قدمه هوفمان Hoffmann عن شخصية فيل Phil والذي نشره منذ منتصف القرن الثامن عشر فإن لدينا في الواقع العديد من الأدلة العلمية عن وجود اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط منذ بدايات القرن العشرين وهو الأمر الذي نعرض له على امتداد الصفحات التالية.

الأطفال الذين وصفهم ستيل Still بالقصور في الضبط الأخلاقي

يعد الطبيب الإنجليزي جورج ستيل George Still من أوائل من قاموا بتقديم تلك الحالة التي نطلق عليها في الوقت الراهن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط إلى السلطات الطبية حيث ألقى ثلاث محاضرات في الكلية الملكية للأطباء في لندن عام 1902 ووصف خلالها حالات لأطفال يتسمون بالحقد أو الضغينة، والقسوة، وعدم الطاعة أو العناد، والاندفاعية، ومشكلات في الانتباه والنشاط المفرط. ورأى ستيل Still أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون في الأساس من قصور في الضبط الأخلاقي. ويرى أن الضبط الأخلاقي يتضمن الإرادة المانعة أي قدرة الفرد على الإحجام عن الاندفاع في سلوك غير مناسب. ويشير كذلك إلى أنه يمكن النظر إلى تلك الإرادة أو الاختيار من منظور الضبط الأخلاقي على أنها مانعة تعمل على الكف، أي أنه ينظر بذلك إلى القوة الزائدة لأحد المثيرات على الحركة والنشاط في مقابل القوة الأفضل لمثير آخر، وهي ما نطلق عليها الفكرة الأخلاقية التي تنتشر لدى الفرد وتمثل القوة المانعة لديه حيث تعمل على منع أو كف قوة المثير المقابل الذي يمكن أن يؤدي إلى الاندفاعية. ويرى باركلي (Barkley (1997، 1998 أنه رغم مرور ما يربو على قرن كامل أو يزيد قليلاً على كلمات ستيل Stillهذه فإن إحدى النظريات النفسية المعاصرة ذات التأثير تقوم أساساً على فكرة أن الإعاقة الأساسية في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ما هي في الأصل إلا قصور في عملية المنع أو الكف السلوكي.

وجدير بالذكر أن تلك الحالات التي عرض لها ستيل Still كانت أيضاً تشبه تلك الحالات التي نشخصها اليوم على أنها تعاني من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط في خمسة جوانب على الأقل هي:

1- أن العديد من هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من حالات باثولوجية بسيطة بالمخ.

2- أن العديد من هؤلاء الأطفال كانوا يتمتعون بمستوى ذكاء عادي.

3- أن تلك الحالة كانت أكثر انتشاراً بين البنين قياساً بالبنات.

4- أنه كانت هناك أدلة على وجود أساس وراثي لتلك الحالة.

5- أن العديد من أولئك الأطفال وأقاربهم أيضاً كانوا يعانون من مشكلات جسمية أخرى كالاكتئاب واللزمات على سبيل المثال.

ومما لا شك فيه أن مثل هؤلاء الأطفال الذين تحدث عنهم ستيل Still إذا ما كانوا موجودين اليوم فإننا كنا سنقوم بتشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، أو اضطراب الانتباه هذا إلى جانب الاضطراب السلوكي

حيث يتسم الاضطراب السلوكي كما سنرى في الفصل السابع بكل من السلوك العدواني والفوضوي.

الجنود الذين أصيبوا في الدماغ أثناء الحرب العالمية الأولى كما وصفهم جولدشتين Goldstein

تناول كيرت جولدشتين Kurt Goldstein الآثار النفسية لإصابات المخ لدى أولئك الجنود الذين عانوا من إصابات في الدماغ أثناء الحرب العالمية الأولى حيث لاحظ عليهم بعض الخصائص النفسية منها السلوك غير المنظم، والنشاط المفرط، والمثابرة، والاستجابة القسرية للمثيرات. وتعد المثابرة بمثابة اتجاه من جانب الفرد نحو تكرار نفس السلوكيات للعديد من المرات، ويرى بعض الأطباء أنها من السمات المميزة حالياً للأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. ووجد جولدشتين Goldstein أن استجابة الجنود القسرية للمثيرات كانت تتضح في عجزهم عن التركيز على الشكل دون أن تؤدي الأرضية إلى تشتتهم. فبدلاً من أن يركزوا مثلاً على تلك المهمة التي تعرض عليهم أي الشكل فإنهم يتشتتون بسهولة من جراء تلك الأشياء التي توجد عند الحد الخارجي أي الخلفية.

متلازمة أعراض شتراوس The Strauss Syndrome

مما لا شك فيه أن أعمال جولدشتين Goldstein قد وضعت الأساس لتلك البحوث التي أجراها هاينز فيرنر وألفريد شتراوس Heinz Werner &Alfred Strauss في الثلاثينيات والأربعينيات من القرن الماضي بعد هجرتهما من ألمانيا إلى الولايات المتحدة الأمريكية بعد أن آلت السلطة إلى هتلر Hitler في ألمانيا، وكونا معاً فريقاً بحثياً في محاولة للتأكد من تلك النتائج التي توصل إليها جولدشتين Goldstein. وقد لاحظا وجود بعض السلوكيات كالتشتت، والنشاط المفرط لدى بعض الأطفال المتخلفين عقلياً.

وفضلاً عن الملاحظات الإكلينيكية استخدم فيرنر وشتراوس Werner &Strauss أيضاً مهمة تجريبية تتكون من شرائح للشكل والخلفية يتم تقديمها في وقت وجيز جداً. وكانت هذه الشرائح تصور أشكالاً (كالقبعة مثلاً) يتم تضمنها في خلفية (كالخطوط المموجة مثلاً)، وعند تقديمها للأطفال وجدا أنه كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من تلف بالمخ قياساً بأقرانهم ممن لا يعانون من أي تلف بالمخ عند سؤالهم عما يرونه أن يجيبوا بأنهم يرون الخلفية أي الخطوط المموجة، وليس الشكل أي القبعة. وبعد هذه الدراسات كان المختصون يشيرون إلى هؤلاء الأطفال الذين يبدون النشاط المفرط والتشتت على أنهم يعانون من متلازمة أعراض شتراوس.

أعمال كرويكشانك Cruickshank Work

قام وليام كرويكشانك William Cruickshank باستخدام مهمة الشكل والخلفية التي قدمها فيرنر وشتراوس Werner &Strauss ووجد أنه كان أيضاً من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي CP أن يستجيبوا للخلفية وليس للشكل. وفي واقع الأمر كانت هناك طريقتان هامتان عملت هذه الأبحاث من خلالهما على مد نطاق أعمال فيرنر وشتراوس Werner &Strauss هما:

1- أن فيرنر وشتراوس Werner &Strauss قد أجريا أبحاثهما على أطفال متخلفين عقلياً بينما قام كرويكشانك Cruickshank بإجراء دراساته على أطفال يعانون من الشلل المخي أو الدماغي الذي يعد بمثابة حالة يسهل تشخيصها، وتتسم بوجود تلف بالمخ يؤدي إلى إعاقة في الحركة كما سنوضح في الفصل الثاني عشر.

2- أن أولئك الأطفال الذين أجرى كرويكشانك Cruickshank دراساته عليهم كانوا جميعاً ذوي مستوى ذكاء عادي وهو الأمر الذي يدل على أن الأطفال ممن لا يعانون من التخلف العقلي يبدون التشتت والنشاط المفرط.

ومن الناحية التاريخية نلاحظ أن كرويكشانك Cruickshank يعد على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإطار نظراً لأنه يعتبر أحد الرواد الأوائل الذين عملوا على تأسيس وتصميم برنامج تربوي لأولئك الأطفال الذين تنطبق عليهم اليوم تلك المحكات الخاصة باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. وقد كان يشار إلى هؤلاء الأفراد آنذاك على أنهم يعانون من إصابة دماغية بسيطة.

الإصابة الدماغية البسيطة ومتلازمة أعراض الطفل مفرط النشاط

وفي نفس الوقت تقريباً الذي قام فيه كرويكشانك Cruickshank بالتوسع على تلك الأعمال التي قدمها فيرنر وشتراوس Werner &Strauss من قبل وذلك على الأطفال الذين يتمتعون بمستوى عادي من الذكاء بدلاً من الاكتفاء بإجراء تلك الأعمال على الأطفال المتخلفين عقلياً كانت هناك نتائج أخرى لدراسة كلاسيكية نشرت آنذاك، وكانت تدور تلك الدراسة حول الآثار البعدية للتعقيدات التي تحدث أثناء الولادة وهو ما يمثل إحياء لتلك الفكرة التي تناولها ستيل Stillمن قبل والتي تؤكد على أن باثولوجيا المخ يمكن أن تؤدي إلى حدوث مشكلات السلوك كالنشاط المفرط والتشتت. ومن ثم بدأ المختصون منذ ذلك الوقت في تطبيق نعت الإصابة الدماغية البسيطة minimal brain injury على أولئك الأطفال الذين كانوا يتمتعون بمستوى ذكاء عادي ولكنهم كانوا مضطربي الانتباه، واندفاعيين، وكان بعضهم مفرط

النشاط. وعلى الرغم من شيوع ذلك المصطلح في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي فإن المختصين قد أشاروا بعد ذلك إلى صعوبة التأكد من حدوث تلف حقيقي في أنسجة المخ.

وعلى هذا الأساس فقد تم استبدال مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة في الستينيات من القرن الماضي بمصطلح أو نعت آخر هو متلازمة أعراض الطفل مفرط النشاطhyperactive child syndrome كما يرى باركلي (1998) Barkley. وقد فضل الكثيرون استخدام مثل هذا النعت نظراً لأنه يقوم على وصف ذلك السلوك الذي يأتي الطفل به، ولا يعتمد في ذات الوقت على تشخيصات غامضة وغير حقيقية لتلف غير محدد بالمخ. وعلى ذلك فقد ازداد هذا المصطلح شيوعاً خلال عقدي السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، ولكنه رغم ذلك قد فقد كثيراً من هذا الشيوع والاهتمام الذي لقيه أو حظي به وذلك عندما أظهرت نتائج تلك البحوث التي تم إجراؤها في هذا المجال أن قصور الانتباه inattention وليس النشاط المفرط يعد هو المشكلة السلوكية الأساسية التي يخبرها أولئك الأطفال حيث أظهر الكثيرون منهم مشكلات في الانتباه دون أن يبدوا أي فرط في النشاط.

ويعكس التعريف الحالي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط وما سبقه من تعريفات أخرى أن إدراك قصور الانتباه يعتبر أكثر أهمية من إدراك النشاط المفرط، ومع ذلك فإن بعض المختصين يرى أننا يجب أن نقوم باستخدام مصطلح «أوجه قصور في الكف السلوكي» وذلك بدلاً من مصطلح « قصور الانتباه » حيث يرون أن أوجه القصور تلك تعد هي الأساس في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. وعلى أي حال فإن هناك العديد من المختصين لا ينظرون مطلقاً إلى النشاط المفرط على أنه يمثل أوجه القصور الرئيسية في هذا الاضطراب.

تعريف الاضطراب Definition

يعتمد معظم المختصين على ما قدمته الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA في هذا الخصوص وذلك في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM الذي تقوم بإصداره إذ أن المحكات التي يعرضها هذا الدليل تحدد ما إذا كان الفرد يعاني من هذا الاضطراب أم لا. وقد كان هناك جدل على مدى العديد من السنوات بين الباحثين والممارسين حول هذا الاضطراب، ول هو عبارة عن متلازمة مرضية واحدة أم أنه يضم أنماطاً فرعية أخرى. ونتيجة لذلك فقد تغير ذلك الاسم الذي كان يطلق على مثل هذه الحالة أو هذا الاضطراب من مرة إلى أخرى، فقد أطلقت عليه الجمعية الأمريكية للطب النفسي على سبيل المثال وذلك لسنوات طويلة اضطراب عجز أو قصور الانتباه attention deficit disorder ADD وذلك للإشارة إلى كل من يعاني من هذا الاضطراب، ثم رأت بعد

ذلك أن هناك أنماطاً فرعية للاضطراب حيث قد يصاحبه نشاط مفرط في بعض الحالات بينما لا يصاحبه ذلك في حالات أخرى، ومن ثم فإن ذلك ما هو إلا أنماط فرعية للاضطراب.ووفقاً لما تؤكده الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (2000) فإن النسخة الحالية أي الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقليةDSM- IV تشير إلى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط على أنه يعد بمثابة مصطلح عام يضم عدداً من الأنماط الفرعية، وبالتالي ينقسم أولئك الأفراد الذين يعانون منه إلى مجموعات فرعية وفقاً لذلك. وهذه الأنماط الفرعية للاضطراب هي :

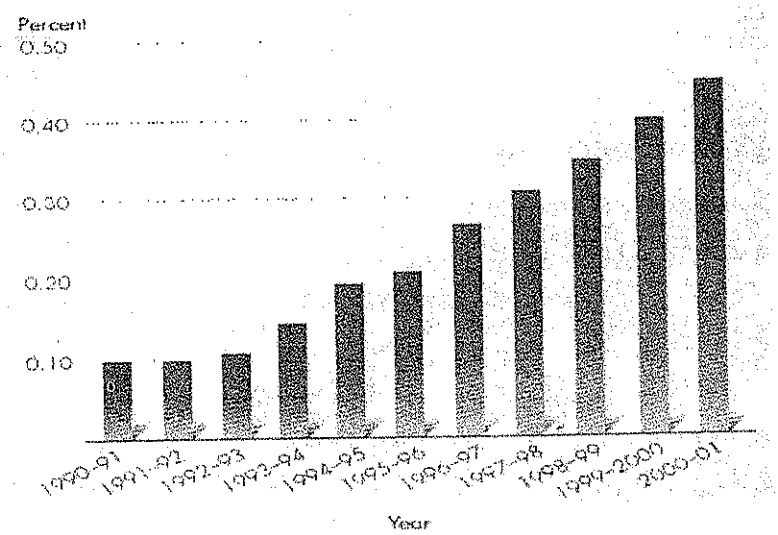
1- نمط قصور الانتباه.

2- نمط النشاط المفرط.

3- النمط المختلط، أي الذي يضم النمطين معاً بحيث يعاني الفرد من كل من قصور الانتباه والنشاط المفرط في ذات الوقت .

معدل الانتشار Prevalence

من الملاحظ أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط قد انتشر على نطاق واسع نظراً لأن أحد الأسباب المسئولة عن ذلك ما لم يكن أكثرها أهمية على الإطلاق كان يتمثل في ذلك السبب الذي يتم من أجله إحالة الأطفال إلى العيادات الإرشادية Guidance clinics بسبب ما يصدر عنهم من مشكلات سلوكية، وأن الأطفال الذين كانت تتم إحالتهم إلى مثل هذه العيادات بسبب اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط قد تراوح كما يرى ريتشاردز وآخرون Richards et.al.(1995) بين ثلث إلى نصف إجمالي عدد تلك الحالات المحالة جميعاً. ووفقاً لما يراه معظم المختصين وما تكشف عنه إحصاءات المعهد القومي للصحة National Institute of Health (2003) فإن هناك نسبة تتراوح بين 3-5 % تقريباً من الأطفال في سن المدرسة يعانون من هذا الاضطراب. ومع ذلك فنظراً لأنه لم يتم النظر إلى هذا الاضطراب من جانب وزارة التربية الأمريكية على أنه يمثل فئة مستقلة من فئات التربية الخاصة، بل إن الواقع يشهد أنه يتم النظر إليه على أنه يتبع فئة أخرى كما أشرنا من قبل فإنه يصبح من الصعب علينا أن نحدد ذلك العدد من الأطفال الذين يعانون منه كاضطراب مستقل، ويتم تقديم الخدمات المختلفة لهم في إطار التربية الخاصة على أثر ذلك. ولكننا مع هذا يمكننا أن نقدم في ذات الوقت بعض النسب لأولئك الأطفال الذين يعانون منه ويتلقون خدمات التربية الخاصة في إطار فئة الإعاقات الصحية الأخرى التي يندرج تحتها هذا الاضطراب وهو ما يتضح من خلال الشكل التالي:



شكل (7-1) النسب المئوية للتلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين 6-12سنة ويتلقون خدمات التربية الخاصة في إطار فئة الإعاقات الصحية الأخرى

وجدير بالذكر أن هذا الاضطراب ينتشر بين البنين أكثر من البنات، وأن المعدلات المحسوبة لذلك تتراوح بين 1:2.5–1:5.1 بوجه عام. وقد أدى ذلك بالبعض إلى أن يدعي أن هناك إفراطاً في تحديد الأولاد وتشخيصهم كذلك في الوقت الذي ينخفض فيه حدوث هذا التحديد أو التشخيص بالنسبة للبنات. كما أنهم يرون أن البنين يميلون إلى إظهار قدر أكبر من السلوك العدواني قياساً بالبنات وهو الأمر الذي يجعلهم موضع ملاحظة من قبل الآخرين، ومن ثم فإن هناك بعض التحيز في موضوع إحالة الأطفال من كلا الجنسين للعيادات لهذا الخصوص وهو الأمر الذي تؤكده بعض الأدلة البحثية الجيدة حيث ترى أنه لا توجد هناك أسس أو أسباب كافية تفسر ذلك التفاوت الكبير في معدلات الانتشار بين البنين والبنات، ولكن من الأكثر احتمالاً أن ترجع مثل هذه الفروق بين الجنسين إلى الفروق البيولوجية أو التكوينية بينهما.

ومن جانب آخر يرى بعض النقاد أن هذا الاضطراب يعد في أساسه ظاهرة أمريكية إذ أنه يعد نتيجة لتأكيد المجتمع الأمريكي على الإنجاز والامتثال، وإن كانت الإحصاءات المختلفة لا تقر ذلك. وعلى الرغم من صعوبة مقارنة معدلات الانتشار بشكل عبر ثقافي نظراً لاختلاف المحكات التشخيصية المستخدمة، والأساليب المختلفة المتبعة في اختيار العينات، والتوقعات الثقافية المتباينة فإن الأدلة المتاحة توضح بقوة أن هناك معدلات انتشار في العديد من الأقطار

المختلفة لا تقل في نسب ارتفاعها عن تلك النسب التي تشهدها الولايات المتحدة الأمريكية حيث وجد رود وآخرون Rohde et.al.(1999) أن معدل انتشار هذا الاضطراب في البرازيل يصل إلى 6% تقريباً، ووجد تشاتماري Szatmari(1992) أنه يصل 9% بين البنين، بينما يصل 3.3% بين البنات في كندا، ويرى ليونج وآخرون Leung et.al.(1996) أنه يتراوح بين 6-9% في الصين، بينما يرى باينيدا وآخرون Pineda et.al. (1999) أن معدل هذا الانتشار بين البنين في كولومبيا يبلغ 19.8 % أما بين البنات فيصل 21.3%، ويؤكد بومجارتيل وآخرون Baumgaertel et.al. (1995) وإيسر وآخرون Esser et.al.(1990) أن نسبة انتشاره في ألمانيا تتراوح بين 4-10 %، أما كانباياشي وآخرون Kanbayashi et.al.(1994) فيرون أن هذه النسبة تصل إلى8% في اليابان، بينما يشير فيرهولست وآخرون Verhulst et.al. (1997) إلى أنها تتراوح بين1-2% في هولندا، أما في نيوزيلاندا من جانب آخر فيشير كل من سكوفينسي وآخرون Schaughency et.al. (1994) وفيرجسون وآخرون Fergusson et.al.(1993) أنها تتراوح بين 2-6% تقريباً.

هذا وهناك عدد من المحكات التشخيصية التي يتم استخدامها عند تشخيص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط كما تعرضها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM- IV والمنشور في عام 1994 وذلك على النحو التالي:

أولاً: يشترط أن ينطبق على الفرد أحد البندين التاليين إما البند الخاص بقصور الانتباه فقط والذي يتضمن تسعة أعراض، أو البند اخاص بالنشاط الزائد/ الاندفاعية فقط والذي يتضمن هو الآخر تسعة أعراض أيضاً بحيث يكفي أن ينطبق أحدهما فقط على الفرد كي نعتبره حالة مرضية. ويشترط أن ينطبق على الفرد ستة أعراض على الأقل من أي منهما، وأن يستمر ذلك لديه لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدي إلى سوء تكيفه. وهذه الأعراض هي:

أ- البند الأول : قصور الانتباه

1- يجد الطفل صعوبة في الانتباه للتفاصيل كشكل المنبه ومكوناته، أو يرتكب العديد من الأخطاء الساذجة في واجباته المدرسية أو العمل أو الأنشطة الأخرى التي يمارسها.

2- يجد صعوبة في تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة للمهام التي يقوم بها أو لأنشطة اللعب التي يشترك فيها.

3- يبدو وكأنه لا يسمعنا عندما نتحدث إليه بشكل مباشر إذ يجد صعوبة في عملية الإنصات.

4- لا يتبع التعليمات التي يتم توجيهها إليه ويفشل في إنهاء تلك الأعمال التي يكلف بها سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل (على ألا يكون ذلك بسبب التحدي من جانبه أو عدم فهمه للتعليمات المختلفة).

5- غالباً ما يجد صعوبة في ترتيب وتنظيم المهام والأنشطة التي تعرض عليه.

6- يتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهوداً عقلياً كالواجبات المنزلية أو الأعمال المدرسية، أو يكره الاشتراك فيها، أو يتردد في ذلك.

7- غالباً ما يفقد أشياء تعد ضرورية للقيام بالمهام والأنشطة المطلوبة كاللعب أو الأدوات المدرسية أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات المختلفة.

8- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.

9- غالباً ما يكون كثير النسيان في الأنشطة والأعمال اليدوية المتكررة والمعتادة مما يجعله في حاجة إلى متابعة مستمرة.

ب- البند الثاني: النشاط الزائد/ الاندفاعية:

■ **النشاط الزائد:**

1- غالباً ما يتململ أثناء جلوسه ويكثر من حركة يديه ورجليه ويخبط بهما أو يتلوى في مقعده.

2- في الغالب يترك مقعده في الفصل أو في المواقف الأخرى التي نتوقع منه خلالها أن يظل جالساً في مقعده فيظل يمشي ذهاباً وإياباً دون سبب أو هدف.

3- يجري في المكان بإفراط أو يتسلق الأشجار أو الأماكن المرتفعة وذلك في تلك المواقف التي لا يعد فيها ذلك مناسباً (أما بالنسبة للمراهقين فقد يتحدد ذلك بمشاعر ذاتية تتمثل في الاستياء).

4- غالباً ما يجد صعوبة في اللعب بشكل هادئ أو الاستغراق بهدوء في أنشطة وقت الفراغ.

5- تكون حركته في الغالب مستمرة ونشيطة فلا يكل ولا يتوقف، أو قد يتحرك وكأن هناك موتوراً يحركه.

6- غالباً ما يتحدث بإفراط.

■ الاندفاعية :

7- يجيب عن الأسئلة دون تفكير حتى قبل أن يتم استكمال السؤال الموجه إليه.

8- يجد صعوبة في الانتظار حتى يأتي دوره سواء في اللعب أو غيره.

9- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم، ويفرض نفسه عليهم فيتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم.

ثانيـــاً : تظهر بعض الأعراض التي تدل على هذين النمطين والتي يمكن أن تسبب الإعاقة قبل أن يصل الطفل السابعة من عمره.

ثالثـــاً : تظهر بعض الأعراض الدالة على الإعاقة في محيطين بيئيين أو أكثر كالمدرسة والعمل والمنزل.

رابعـــاً : يجب أن تكون هناك أدلة واضحة على وجود إعاقة ذات دلالة من الناحية الإكلينيكية في الأداء الوظيفي الاجتماعي، والأكاديمي، والمهني.

خامساً : لا ترجع تلك الأعراض على وجه الحصر أو القصر إلى حدوث اضطراب نمائي منتشر أو عام، أو الشيزوفرينيا (الفصام)، أو أي اضطراب ذهاني آخر. كما أنها لا تحدث من جراء أي اضطراب عقلي آخر كاضطراب المزاج، أو اضطراب القلق، أو الاضطراب التفككي أو التفسخي، أو أحد اضطرابات الشخصية على سبيل المثال.

الرقم الكودي لنمط الاضطراب	
314.01	النمط المختلط من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط وذلك عندما تنطبق على الفرد تلك المحكات المذكورة في رقم (أ) من البند " أولاً " إلى جانب تلك المحكات المذكورة في رقم (ب) من ذات البند وذلك على مدار الشهور الستة السابقة.
314.00	نمط قصور الانتباه وذلك عندما تنطبق على الفرد تلك المحكات المتضمنة في رقم (أ) من البند " أولاً " ولا تنطبق عليه المحكات الواردة في رقم (ب) من ذات البند وذلك على امتداد الشهور الستة السابقة.
314.01	نمط النشاط الحركي المفرط – الاندفاعية وذلك عندما تنطبق على الفرد تلك المحكات الواردة في رقم (ب) من البند "أولاً " دون المحكات المذكورة في رقم (أ) من نفس البند وذلك على مدار الشهور الستة السابقة.

جدول (7-1) الرقم الكودي لنمط اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط كما وردت في الدليل التشخيصي الرابع

التقييم Assessment

يرى غالبية المختصين في هذا المجال كما يشير باركلي (1998) Barkley أن هناك في الواقع ثلاثة مكونات هامة يمكن من خلالها التعرف على ما إذا كان الطفل يعاني من هذا الاضطراب أم لا، وتتمثل هذه المكونات أو الأساليب فيما يلي :

1- الفحص الطبي .

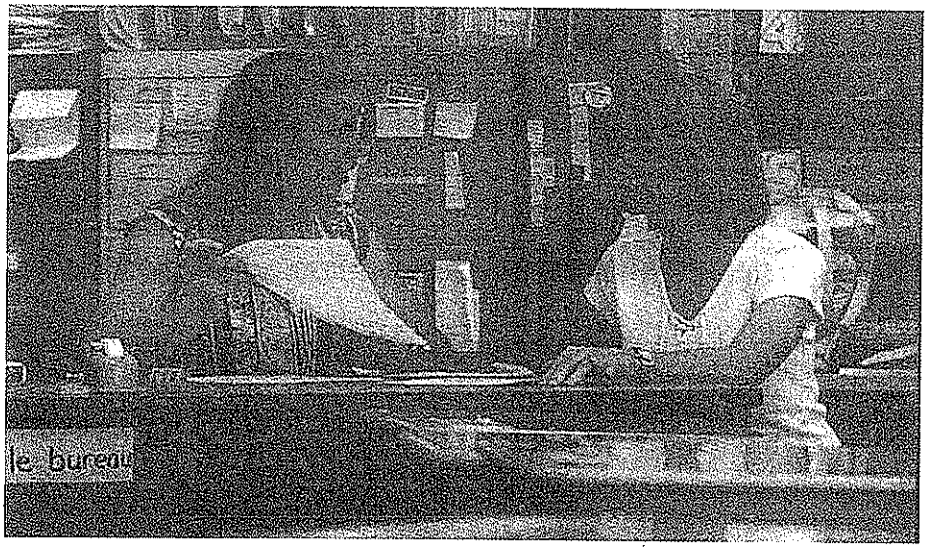
2- المقابلة الإكلينيكية.

3- مقاييس التقدير rating scales التي يجيب عنها الوالدان والمعلمون.

ويعتبر الفحص الطبي ذات أهمية بالغة في هذا الصدد حيث يمكننا من خلاله أن نحدد الحالة الصحية المميزة للفرد كوجود ورم بالمخ مثلاً، أو وجود مشكلات بالغدة الدرقية، أو أحد الاضطرابات التي تحدث في نوبات وذلك على أنها هي سبب حدوث قصور الانتباه أو النشاط المفرط أو كليهما معاً. أما المقابلة الإكلينيكية التي يتم إجراؤها مع أحد الوالدين أو كليهما إلى جانب الطفل أيضاً فتمدنا بالمعلومات المختلفة عن الخصائص النفسية والجسمية للطفل إضافة إلى معلومات أخرى عن ديناميات الأسرة والتفاعل مع الأقران. وعلى الرغم من أهمية المقابلة في تشخيص هذا الاضطراب فإن الطبيب يحتاج إلى أن يتعرف على تلك الطبيعة الذاتية لموقف المقابلة حيث نجد أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يتصرفون بشكل عادي وذلك عندما يكونوا في موقف غريب عليهم ومنظم في عيادة الطبيب وهي الظاهرة التي أشار إليها الباحثون بأنها " **أثر عيادة الطبيب** " doctor`s office effect حيث نلاحظ أن الأطفال الذين يعدون مفرطي النشاط ويعانون من قصور الانتباه سواء في المنزل أو المدرسة يبدون وكأنهم ملائكةحال وجودهم في عيادة الطبيب وهو الأمر الذي يبدو في الواقع وكأنه ازدواج في الشخصية Jekyll and Hyde.

وفي محاولة من جانبهم للوصول بعملية التحديد أو التشخيص إلى حد الجودة قام الباحثون بتصميم وتطوير العديد من مقاييس التقدير التي يقوم المعلمون أو الآباء بالاستجابة عليها، كما يمكن أن يقوم الطفل أحياناً بالإجابة عنها. ومن أكثر هذه المقاييس ثباتاً وشيوعاً مقاييس كونرز Conners، والصورة الرابعة من مقاييس تقدير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. ويشهد الواقع في الوقت الراهن كما يرى كونرز (1997)Conners وجود العديد من النسخ لمقياس كونرز Conners للآباء والمعلمين. أما الصورة الرابعة من مقاييس تقدير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط فتقوم في الأساس وكما يرى دوبول وآخرون (1998) Du Paul et.al. على تلك المحكات التشخيصية التي تعرضها

الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية حيث يقوم الوالدان أو المعلمون بتقييم سلوك الطفل في ضوء بنود معينة تتعلق بالمحكات الثماني عشرة التي يوردها ذلك الدليل. ويوجد عدد من الاختيارات أمام كل عبارة مثل (نادراً- أحياناً- غالباً- كثيراً جداً) تحصل على الدرجات (صفر- 1- 2- 3) على التوالي. أما مقاييس التقدير للمراهقين والراشدين على الجانب الآخر فهي أكثرها حداثة، ومن أهمها مقياس تقدير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط الذي أعده كونرز (1999) Conners والذي يسير خلاله على نفس النمط.



تسهم مقاييس التقدير التي يجيب عنها الوالدان والمعلمون في تحديد الأطفال المضطربين

هذا وقد أصدرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (2000) American Academy of Pediatrics العديد من الإرشادات التي يمكن أن يستفيد بها أطباء الرعاية الأولية في الممارسة الإكلينيكية عند تشخيصهم وتقييمهم للأطفال في سبيل تحديد مدى إصابتهم بهذا الاضطراب من عدمه. وعلى هذا الأساس فإن الهدف من تقديم مثل هذه الإرشادات إنما يتمثل في المقام الأول في محاولة تلك الجمعية المهنية تقديم أساس مشترك يمكن لكل الأطباء وفقاً له وخاصة أطباء الرعاية الأولية أن يلجأوا إليه في سبيل الوصول إلى تشخيص دقيق لمثل هذا الاضطراب بين الأطفال بحيث لا يكون هناك في الواقع مجال لحدوث أي خطأ في عملية التشخيص تلك وهو الأمر الذي يترتب عليه عدد من النتائج ذات الأهمية في هذا الصدد تأتي النتائج التالية في مقدمتها بل وتعتبر من أهمها:

- تقديم الرعاية المناسبة.
- تقديم العلاج الطبي والنفسي الملائم.
- تقديم خدمات التربية الخاصة التي يعد هؤلاء الأفراد في حاجة حقيقية لها.

وعلى هذا الأساس يحصل هؤلاء الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون على الرعاية والعلاج والخدمات المناسبة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يسهم كثيراً في الحد من الأعراض السلبية لهذا الاضطراب. ويعرض الجدول التالي لهذه الإرشادات.

التوصيات التي يجب وضعها في الاعتبار عند تشخيص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط	
1-	بالنسبة للطفل الذي يتراوح سنه بين 6- 12 سنة والذي يظهر قصوراً في الانتباه، أو نشاطاً حركياً مفرطاً أو اندفاعية، أو انخفاض التحصيل الأكاديمي، أو مشكلات سلوكية يجب أن يبادر طبيب الرعاية الأولية بإجراء تقييم له يتعلق باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط.
2-	يتطلب تشخيص هذا الاضطراب أن تنطبق على الطفل تلك المحكات الواردة في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي.
3-	يتطلب قياس وتقييم هذا الاضطراب الحصول على أدلة بشكل مباشر من الوالدين أو القائمين على رعاية الطفل وذلك بخصوص تلك الأعراض الجوهرية التي تميز هذا الاضطراب وذلك في العديد من المواقف المختلفة إلى جانب سن الطفل عند بداية حدوث الاضطراب، والمدة التي استغرقتها هذه الأعراض في ظهورها لدى الطفل فضلاً عن درجة الإعاقة الوظيفية التي يعاني منها أي إعاقة أدائه الوظيفي.
4-	يتطلب قياس وتقييم هذا الاضطراب أيضاً الحصول على أدلة بشكل مباشر من معلم الفصل الذي يوجد الطفل فيه أو من أي أعضاء آخرين في الهيئة التدريسية وذلك بخصوص الأعراض الجوهرية للاضطراب، والمدة التي استغرقها ظهور تلك الأعراض عليه، ودرجة إعاقة أدائه الوظيفي، والحالات الأخرى المرتبطة بذلك.
5-	يجب أن يتضمن تقييم الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب قياس وتقييم الحالات الأخرى المصاحبة له أو المتزامنة معه.
6 -	أن الاختبارات التشخيصية الأخرى لا تدل بشكل روتيني على وجود هذا الاضطراب ولكنها قد تستخدم في سبيل قياس وتقييم حالات أخرى متزامنة كصعوبات التعلم والتخلف العقلي على سبيل المثال.

جدول (7-2) الإرشادات المتعلقة بالممارسة الإكلينيكية للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال لتشخيص وتقييم الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط

الأسباب المؤدية للاضطراب

كما لاحظنا سلفاً قام المختصون في بداية ومنتصف القرن العشرين بعزو مشكلات الانتباه والنشاط المفرط إلى تلك المشكلات النيورولوجية أو العصبية التي تنتج عن حدوث تلف بالمخ. وعندما لم يستطع الباحثون إثبات حدوث تلف فعلي في أنسجة المخ في حالات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ثار معظم الباحثين على فكرة أن ذلك الاضطراب له أساس نيورولوجي. ومع ذلك فكما اتضح من مناقشتنا لصعوبات التعلم في الفصل الخامس فإن ابتكار أساليب التصوير العصبي أي التصوير بالأشعة كأشعة الرنين المغناطيسيMRI وأشعة البوزيترونPET وأشعة الرنين المغناطيس الوظيفي FMRI في الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي قد سمح للعلماء لأول مرة بالحصول على مقاييس تفصيلية وثابتة للأداء الوظيفي للمخ. وباستخدام مثل هذه الفنيات قطع الباحثون خطى كبيرة في التحقق من الأساس النيورولوجي أو العصبي لهذا الاضطراب. وكما هو الحال بالنسبة لصعوبات التعلم فقد أسفرت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد عن أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهذا الاضطراب أن ينتج عن حدوث اختلال في الأداء الوظيفي النيورولوجي وليس عن حدوث تلف حقيقي بالمخ. كذلك فكما هو الحالبالنسبة لصعوبات التعلم كشفت نتائج البحوث عن أن الوراثة تلعب دوراً قوياً للغاية في حدوث اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي. وفضلاً عن ذلك فإن كلاً من العوامل التي تؤدي إلى حدوث تشوهات في التركيب العضوي teratogenic factors والعوامل الصحية تلعب دوراً هاماً هي الأخرى في هذا المضمار وإن كان هذا الدور يقل عن ذلك الدور الذي تلعبه الوراثة.

مناطق المخ التي تتأثر بهذا الاضطراب:

الفصوص الأمامية، والكتل العصبية القاعدية، والمخيخ تمكنت فرق عديدة من الباحثين مثل تيكر وآخرون(2000) Teicher et.al. وبركوين وآخرون (1998) Berquin et.al.وفيليبيك وآخرون (1997) Filipek et.al. وأيلوارد وآخرون (1996) Aylward et.al. وكاستيلانوس وآخرون(1996) Castellanos et.al. وهايند وآخرون(1993) Hynd et.al. باستخدام فنيات التصوير النيورولوجي (الأشعة) من التوصل إلى وجود شذوذ في مناطق ثلاث بالمخ وذلك لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط هي:

1- الفصوص الأمامية frontal lobes.

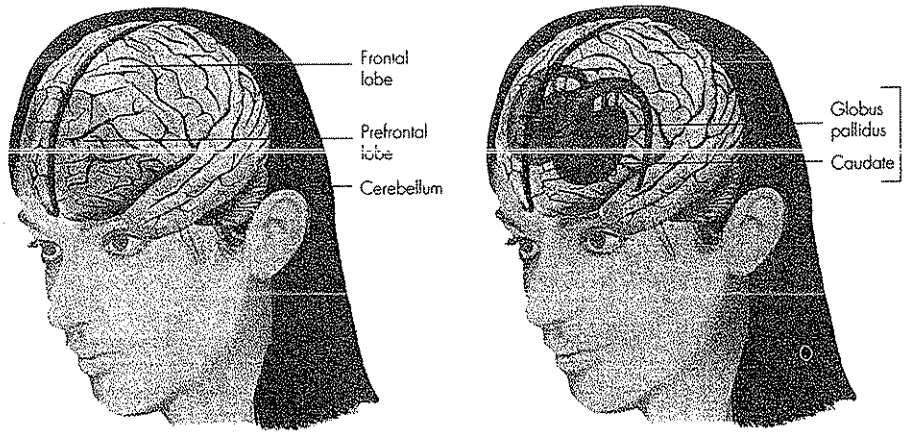
2- الكتل العصبية القاعدية basal ganglia وخاصة كل من:

- القاعدة المذنبة caudate.

- البروز الكروي اللحائي Globus pallidus.

3- المخيخ Cerebellum.

وقد وجد الباحثون على وجه الخصوص أن حجم كل منطقة من هذه المناطق لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب قياساً بأقرانهم الذين لا يعانون منه يكون أصغر مما لدى هؤلاء الأقران. وعلى الرغم من أن مثل هذه النتائج قد لا تكون ثابتة على الدوام فإن العديد من الدراسات كما يرى كاستيلانوس (1997) Castellanos قد أشارت إلى وجود شذوذ يحدث في الجانب الأيمن من المخ وخاصة في الكتل العصبية القاعدية اليمنى. وفضلاً عن ذلك فإن أشعة البوزيترون توضح كما يرى لاو وآخرون (1989، 1984).Lou et.al وجود مستوى أقل من النشاط الأيضي أي الخاص بالتمثيل الغذائي في الفصوص الأمامية والكتل العصبية القاعدية لدى أولئك الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب.



شكل (7-2) مناطق المخ التي تتعرض لحدوث شذوذ يؤدي إلى هذا الاضطراب

الفصوص الأمامية: Frontal Lobes تقع في مقدمة المخ، وتعد الفصوص الأمامية وخاصة الجزء الأمامي منها والذي يعرف بالفصوص الواقعة في مقدم التكوين الجبهي-pre frontal lobes مسئولة عما نشير إليه على أنه وظائف تنفيذية. وتتضمن الوظائف التنفيذية العديد من الأشياء من أهمها قدرة الفرد على تنظيم سلوكه، وهو ما سوف نناقشه بالتفصيل فيما بعد.

الكتل العصبية القاعدية: Basal Ganglia وتقع على عمق كبير في المخ، وتتألف من العديد من الأجزاء من أهمها القاعدة المذنبة caudate والبروز الكروي اللحائي-globus pal lidus ويمثل كلاهما كما يرى بينيل Pinel (2000) أبنية شاذة لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب. وتعتبر الكتل العصبية القاعدية هي المسئولة عن التآزر وضبط السلوك الحركي.

المخيخ: cerebellum يعتبر المخيخ كذلك مسئولاً عن التآزر وضبط السلوك الحركي، ورغم أنه يعد صغيراً نسبياً ولا يؤلف سوى حوالي 10% فقط من كتلة المخ فإنه يضم أكثر من نصف عدد النيورونات neurons الموجودة بالمخ وهو الأمر الذي يعد شاهداً على تعقد تكوينه.

الناقلات أو الموصلات العصبية neurotransmitters

الدوبامين dopamine

تم إجراء العديد من الدراسات بغرض التعرف على ذلك الشذوذ الذي يصيب الموصلات العصبية والذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى حدوث اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. وفي الواقع تعتبر الموصلات العصبية بمثابة مواد كيميائية تساعد في إرسال الرسائل المختلفة بين النيورونات في المخ. وقد توصل أحد فرق الباحثين يتألف من جاينيدينوف وآخرين Gainetdinov et.al. (1999) إلى أن السيروتونين serotonin هو الموصل العصبي الأساسي الذي يعتبر مسئولاً عن حدوث ذلك الاضطراب، في حين يرى آخرون من بينهم كاستيلانوس Castellnos (1997) وإيرنست وآخرون (1998، Ernst et.al. (1999 وساجفولدين وسيرجنت Sagvolden & Sergeant (1998) أن الدوبامينdopamine هو الموصل العصبي الأساسي المسئول عن ذلك. وتشير الأدلة المختلفة إلى أن مستويات الدوبامين تكون منخفضة جداً في الجزء الأمامي من قشرة المخfrontal cortex وهو الأمر الذي يؤثر سلباً على الأداء الوظيفي التنفيذي أو الوظائف التنفيذية عامة. كما تكون مستوياته مرتفعة في ذات الوقت في الكتل العصبية القاعدية basal ganglia مما يؤدي إلى حدوث النشاط المفرط والاندفاعية. ومع ذلك فلا يزال الأمر يحتاج إلى إجراء المزيد من الدراسات لتحديد أي هذين الموصلين العصبيين يكون غير عادي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط.

العوامل الوراثية

يرى غالبية المختصين أن هناك أساساً وراثياً لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، وقد استقوا رأيهم هذا من ثلاثة مصادر أساسية هي:

1- الدراسات الأسرية.

2- دراسات التوائم.

3- دراسة مكونات جزيئات التكوين الجيني (الخريطة الجينية).

وسوف نتناول ذلك بالتوضيح كما يلي:

الدراسات الأسرية: Family Studies: أوضحت نتائج تلك الدراسات التي أجريت في هذا المجال كما يشير باركلي (1998) Barkley أنه إذا ما أصيب الطفل باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط فإن احتمال إصابة أخيه أو أخته بنفس الاضطراب تصل إلى حوالي 32% تقريباً. أما الأطفال الذين يصاب أخوتهم المراهقون بذلك الاضطراب فيصل احتمال إصابتهم هم أنفسهم به كما يرى بيدرمان وآخرون (1995).Biederman et.al إلى حوالي 75% تقريباً. وفضلاً عن ذلك فإن هناك العديد من الدراسات التي أوضحت أن آباء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط يزداد احتمال إصابتهم هم أنفسهم بذلك الاضطراب كما يرى فاراوان ودويل (2001) Faraone & Doyle وذلك بنسب تتراوح بين ضعفين إلى ثمانية أضعاف احتمال إصابة آباء الأطفال غير المصابين بهذا الاضطراب.

دراسات التوائم: Twin Studies: هناك العديد من الدراسات التي قامت بمقارنة نسب انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط بين التوائم المتشابهة في مقابل نسب انتشاره بين التوائم غير المتشابهة عندما يكون أحد التوأمين مصاباً بهذا الاضطراب. وقد أوضحت تلك الدراسات كما يشير كل من شيرمان وآخرين (1997). Sherman et.al وستيفنسون (1992) Stevenson وجيليز وآخرين (1992) .Gillis et.al أنه إذا ما كان أحد التوأمين سواء المتشابهين أو غير المتشابهين يعاني من ذلك الاضطراب يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للتوأم الآخر المتشابه قياساً بالتوأم غير المتشابه أن يصاب بالاضطراب.

الدراسات التي تهتم بجزيئات التكوين الجيني: Molecular Genetic Studies يرى فاراوان ودويل (2001) Faraone& Doyle أنه قد ظهرت تطورات كبيرة في دراسة الجزيئات التي تتعلق بالتكوين الجيني كالحامض النووي المتعلق بالمعلومات الوراثيةDNA والأحماض النووية التي تمثل مادة تخليق البروتينات المتضمنة RNA وذلك مع ظهور الخريطة

الجينية للإنسان mapping of human genetics في عام 2000. ومن المعروف أن مثل هذه الجزيئات تعمل على تنظيم المعلومات الجينية، إلا أن مثل هذه الدراسات لا تزال في مراحلها الأولى بالنسبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، وإن كانت هناك دراسات عدة قد كشفت عن وجود جينات عديدة تعتبر مسئولة عن حدوث هذا الاضطراب.

المواد السامة والعوامل الطبية

تناولنا في الفصلين الرابع والخامس المواد السامة التي يمكن أن تسبب تشوهات التكوين بالنسبة للجنين والتي يمكن أن تؤدي بدورها إلى حدوث التخلف العقلي أو صعوبات التعلم. وبالرغم من أن مثل هذه الأدلة ليست قوية أو أنها لا تعتبر بنفس قوة تلك الأدلة التي تتعلق بأثر البيئة في هذا الإطار وتعكسه فإنها تدل على أن بعض هذه المواد لها دلالتها بالنسبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط حيث نجد على سبيل المثال أن التعرض للرصاص وإساءة استخدام الكحوليات أو التبغ من جانب الأم الحامل يعرض الجنين لمخاطر كبيرة إذ يجعله عرضة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط.

ومن ناحية أخرى يشير ليفي وآخرون Levy et.al. (1998) وميلبرجر وآخرون Milberger et.al. (1997) إلى أن هناك بعض الحالات الطبية الأخرى التي يكون من شأنها أن تجعل الأطفال عرضة لهذا الاضطراب، ومع ذلك فإن الأدلة المتاحة ليست بنفس قوة تلك الأدلة التي تتعلق بالبيئة وأثرها في هذا الصدد. إلا أنه من الملاحظ أن التعقيدات التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة، وانخفاض وزن الجنين عند الولادة ترتبط في الواقع بذلك الاضطراب.

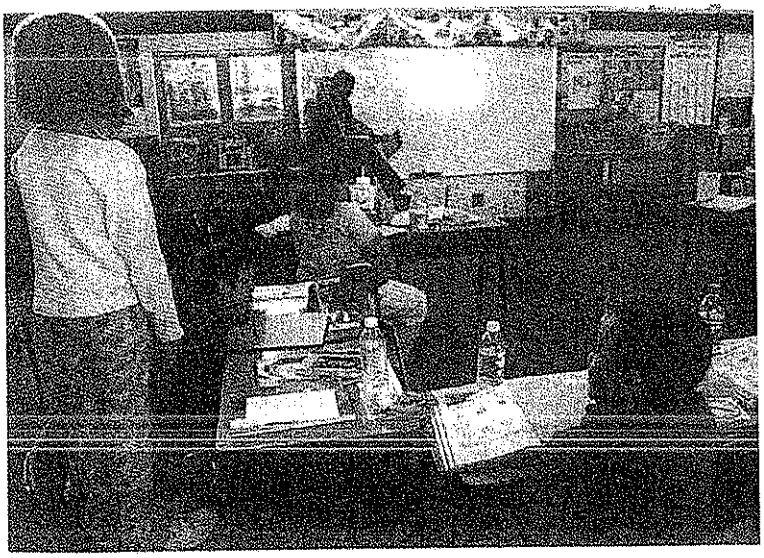
الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المضطربين

Psychological and Behavioral Characteristics

يمكن أن نستخدم الدليل التصنيفي الرابع في سبيل تحديد بعض السلوكيات التي يمكن أن تصدر عن أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب. وعلى الرغم من أن الكثيرين يعتقدون أن قصور الانتباه يعد سمة رئيسية مميزة لهؤلاء الأطفال فإن هناك اتفاقاً متزايداً على أن قصور الانتباه إضافة إلى النشاط المفرط والاندفاعية إنما تنتج في واقع الأمر عن مشكلات في الكف السلوكي.

نموذج باركلي Barkley لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط:

يشير ويلكوت وآخرون Willcutt et.al. (2001) وسكاكار وآخرون Schachar (2000) et.al. وسيمرود - كليكيمان وآخرون Semrud- Clickeman et.al. (2000) وباركلي Barkley (1997، 1998) إلى أن هناك زخماً من الأبحاث التي تشير إلى وجود مشكلات في الكف السلوكي لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. وكما لاحظنا من قبل فإن روسيل باركلي Russell Barkley (1997، 1998) قد اقترح نموذجاً لهذا الاضطراب يرى من خلاله أن الكف السلوكي هو المفتاح الرئيسي فيه. ويقترح هذا النموذج في أبسط صوره أن تلك المشكلات التي تتعلق بالكف السلوكي ترسي الأساس للمشكلات التي تحدث في الوظائف التنفيذية والتي يكون من شأنها أن تؤثر سلباً في قدرة الفرد على الانغماس في سلوك يتم توجيهه نحو تحقيق هدف معين. ويشير الكف السلوكي كما يرى روبيا وآخرون Rubia et.al. (1998) إلى قدرة الفرد على كبح استجابة ما، ثم التخطيط لها أو الإمساك عنها، أو الكف عن استجابة تكون قد بدأت بالفعل، أو إبعاد الأنشطة الأخرى عن ذلك السلوك الذي يحدث حتى لا تقاطعه، أو القدرة على تأخير أو تأجيل حدوث استجابة معينة. ويشير تريب وأولسوب Tripp & Alsop (2001) إلى أن ذلك يمكن أن ينعكس بطبيعة الحال في قدرة الفرد على أن ينتظر حتى يأتي دوره، وألا يقوم بمقاطعة تلك المحادثات التي تدور، وأن يقاوم التشتت المحتمل أثناء أداء العمل المطلوب، أو الإشباع الفوري في سبيل تحقيق مكافآت أفضل وأكثر وأكبر على المدى البعيد. وإلى جانب ذلك يرى سيمرود- كليكيمان وآخرون Semrud-(2000) Clickeman et.al. أن هناك أدلة على أن تلك المشكلات التي ترتبط بالكف السلوكي لدى أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ترتبط بوجود شذوذ في القاعدة المذنبة caudate بالمخ.



انخفاض مستوى التآزر، والتشتت، وعدم القدرة على إتباع التعليمات تعتبر مشكلات عامة للأطفال المضطربين

وجدير بالذكر أن ذلك التأجيل الذي يسمح به الكف السلوكي للاستجابات المختلفة من جانب الفرد يؤدي به إلى أن يقوم بالتنظيم الذاتي لسلوكه وهو الأمر الذي يعرف بالوظائف التنفيذية executive functions أي القدرة على الاشتراك في مجموعة من السلوكيات الموجهة ذاتياً. وتتفق الأدلة المتاحة والتي كشفت عنها الدراسات المختلفة التي تم إجراؤها في هذا الخصوص والتي ترى أنه يمكن ضبط تلك الوظائف التنفيذية عن طريق الفصوص الأمامية بالمخ والفصوص المخية الواقعة في مقدم التكوين الجبهي مع نتائج تلك الدراسات التي تعتمد في هذا الصدد على صور الأشعة النيورولوجية والتي ترى أن تلك المناطق من المخ تعتبر شاذة أو غير طبيعية لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط.

ووفقاً لنموذج باركلي Barkley فإن أولئك الأفراد يظهرون مشكلات تتعلق بالوظيفة التنفيذية وذلك بأربع طرق أو أساليب عامة هي :

1- أنهم عادة ما يعانون كما يشير باركلي ومورفي (1998) Barkley &Murphy من عدة مشكلات في الذاكرة العاملة والتي تشير إلى قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات في ذهنه بحيث يمكن أن توجه سلوكه إما في الوقت الراهن أو في المستقبل القريب. ويمكن أن يؤدي القصور في الذاكرة العاملة لديهم إلى النسيان، والإدراك المؤخر أي إدراك الشيء بعد وقوعه، والتروي، forethought ومشكلات في إدارة الوقت.

2- أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب عادة ما يتعطل لديهم الحديث الداخلي inner speech والذي يعد بمثابة ذلك الصوت الداخلي الذي يسمح لهم بالتحدث إلى أنفسهم عن تلك الحلول المتعددة لمشكلة معينة أثناء قيامهم بحل إحدى المشكلات. ومما لا شك فيه أن أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين يعانون كذلك من قصور في حديثهم الداخلي تواجههم مشكلات في توجيه سلوكهم في تلك المواقف التي تتطلب منهم القدرة على إتباع القواعد أو التعليمات.

3- أن هؤلاء الأطفال والمراهقين يواجهون مشكلات في ضبط انفعالاتهم ومستويات الإثارة بالنسبة لهم حيث غالباً ما يتسمون بفرط النشاط فيما يتعلق بخبراتهم السلبية أو الإيجابية. وفي هذا الإطار فإننا قد نجدهم على سبيل المثال يصرخون عالياً لسماع خبر سار ولا يتمكنون بالتالي من السيطرة على انفعالاتهم. وبنفس الطريقة فإنهم غالباً ما يسارعون في إظهار الغضب عندما تواجههم بعض الخبرات المحبطة.

4- أنهم عادة ما يجدون صعوبة في تحليل المشكلات التي تواجههم، وفي توصيل الحلول المختلفة للآخرين. كما أنهم يكونوا أقل مرونة عندما تواجههم مواقف مشكلة، وغالباً ما تتسم استجاباتهم المختلفة بالتهور والاندفاعية، وتتمثل بالتالي في أول ما يخطر ببالهم بخصوص هذا الشيء أو ذاك.

وفيما يتعلق بتلك السلوكيات التي يتم توجيهها باستمرار نحو تحقيق هدف معين فإن المشكلات المتعددة التي تتعلق بالوظائف التنفيذية والتي يخبرها الأطفال والمراهقون الذين يعانون من هذا الاضطراب تؤدي إلى حدوث قصور في اشتراكهم في تلك الأنشطة التي يتم توجيهها نحو تحقيق هدف معين وهو ما يعني قصور في الانتباه ينتج عن انخفاض مستوى الكف السلوكي مما يؤثر بالتالي على التنظيم الذاتي لدى الفرد. كذلك فإن التشتت الذي يظهر لديهم ينتج في الغالب عن حدوث قصور في ضبط المقاطعة التي تحدث للسلوكيات الراهنة مما يؤثر على مجراها ويسمح لتلك الأحداث سواء الخارجية أو الداخلية أن تقطع استمرار حدوث الوظائف التنفيذية وهو ما يرجع أيضاً إلى قصور في الضبط الذاتي والإصرار على أداء المهمة حيث لا يستطيع الفرد من جراء ذلك أن يصر على بذل أي مجهود في سبيل أداء مهمة معينة لا تعود عليه بالإثابة الفورية، فينتقل بالتالي من نشاط إلى آخر دون أن يكمل أياً منهما وذلك مع حدوث ما يمكن أن يقاطع استمرارية مثل هذه الأحداث. ويمكن النظر حالياً إلى قصور الانتباه في حالة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط على أنه ليس عرضاً أولياً بل على أنه عرض ثانوي حيث أنه يعد نتيجة لتلك الإعاقة التي تنتاب الكف السلوكي والتحكم في التداخل أو التصادم بالنسبة للسلوكيات المختلفة وذلك في التنظيم الذاتي أو في ضبط السلوكيات التنفيذية.

ومع انخفاض معدل التنظيم الذاتي أو القدرة على ضبط السلوكيات التنفيذية يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أنه من الصعب عليهم أن يحافظوا على تركيزهم في تلك المهام التي تتطلب بذل المجهود أو التركيز فيها، ولكنها لا تكون مثيرة بطبيعتها كمعظم الأنشطة المدرسية على سبيل المثال.

المهارات التكيفية

يرتبط مفهوم المهارات التكيفية كمهارات مساعدة الذات، واستخدام المصادر المجتمعية، والمهارات المنزلية، وما إلى ذلك في الأساس بمجال التخلف العقلي حيث يتحدد التخلف العقلي في ضوء ذلك التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على أنه يعد بمثابة إعاقة في كل من الذكاء والسلوك التكيفي. وفضلاً عن ذلك فقد اكتشف معظم

المختصين في مجال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط مؤخراً كما يشير باركلي (1998) Barkley أن العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ذلك الاضطراب يعانون أيضاً من مشكلات في السلوك التكيفي. ومن أمثلة ذلك أنهم يواجهون كما يرى كوكس وآخرون (2000).Cox et.al ووودوارد وآخرون (2000) .Woodward et.al العديد من المشكلات التي ترتبط بعملية القيادة أي قيادة السيارات وخلافه مما يعرضهم لكم أكبر من الحوادث والمخالفات المرورية. وعلاوة على ذلك فإنهم يواجهون بالفعل كما يرى شيلتون وآخرون (2000).Shelton et.al مشكلات تتعلق بالمهارات التكيفية مما يعرضهم لمعدل أكبر من المخاطر التي تتعلق بمشكلات التعلم ومشكلات السلوك سواء في المدرسة أو في المنزل.

المشكلات الاجتماعية مع الأقران

يرى بعض المختصين كما يشير لاندو وآخرون (1998).Landau et.al أن المشكلات الاجتماعية التي يخبرها الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تجعل من الشائع أن ننظر إلى مثل هذه المشكلات على أنها من الخصائص المميزة لهم. وبالرغم من أن مثل هذه الأدلة لا تحتاج إلى تأكيد أن جميع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يخبرون مشكلات تتعلق بالوحدة أو العزلة فإن غالبيتهم يخبرون مشكلات ذات دلالة تتعلق بالعلاقات مع الأقران حيث لا يحتاج الآخرون إلى وقت طويل كي يكتشفوا أن مثل هؤلاء الأطفال غير مريحين وهو ما أكدته تلك الدراسات التي أجراها أحد الفرق البحثية Erhardt &Hinshaw, (1994) إذ وجد أن الأمر لم يستغرق بالنسبة لأفراد تلك العينة التي أجروا دراساتهم عليها أكثر من يوم واحد في أحد المعسكرات الصيفية كي يقوم معظمهم برفض العديد من أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

وللأسف فإن تلك الحالة الاجتماعية السلبية التي يخبرها الأطفال المضطربون يصعب التغلب عليها، كما أنها عادة ما تستمر لفترة طويلة. وبالتالي فإن طبيعة رفضهم اجتماعياً يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية، ونتيجة لذلك فإن العديد من هؤلاء الأفراد لا يكون لهم سوى عدد ضئيل من الأصدقاء حتى وإن أرادوا من الآخرين أن يحبونهم وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث دائرة مفرغة يحاولون فيها أن يكتسبوا الأصدقاء من خلال ولعهمبتلك الفرص القليلة التي تتاح أمامهم للتفاعل معهم، إلا أن حاجتهم المسعورة للصداقة مع القصور من جانبهم في السيطرة على حفزاتهم تنتهي بهم إلى إزعاج ومضايقة نفس أولئك الأفراد الذين يحاولون أن يصادقوهم.

ونظراً لحدوث مشكلات في الكف السلوكي من جانب هؤلاء الأفراد المضطربين لن يكون مدهشاً بالنسبة لنا أن نجد معظمهم ينتهي بهم الحال إلى النبذ الاجتماعي حيث يراهم

الآخرون على أنهم يتسمون بالهمجية والوقاحة نظراً لعدم قدرتهم على تنظيم سلوكهم وانفعالاتهم. كما أنهم لا يعلمون كذلك كيف يتصرفون بشكل مناسب، وإذا ما علموا حقيقة الأمر فإنهم لن يكونوا قادرين على أن يقوموا بذلك، بمعنى أننا إذا ما سألناهم عن ذلك السلوك المناسب في موقف معين فإنهم قد يتمكنون من إعطاء الإجابة المقبولة اجتماعياً، إلا أنهم إذا ما تمت مواجهتهم بمثل هذه الاختيارات في الموقف الحقيقي فإن القصور الذي يعانون منه في الكف السلوكي سوف يؤدي بهم إلى الاختيار باندفاعية، كما يلجأون إلى فرط النشاط من الناحية الانفعالية.

حالات متزامنة Coexisting Conditions

غالباً ما يحدث اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط في نفس الوقت مع بعض المشكلات السلوكية، أو صعوبات التعلم، أو المشكلات الانفعالية، أو أي منها. وفضلاً عن ذلك فإن أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يعدون أكثر عرضة لإساءة استخدام المواد وذلك قياساً بغيرهم من فئات التربية الخاصة الأخرى.

صعوبات التعلم: كشفت تلك الدراسات التي استخدمت محكات تشخيصية دقيقة كما يرى فورنيس وكافيل (2002) Forness & Kavale عن وجود تداخل تتراوح نسبته بين 25-10% تقريباً بين كل من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط وصعوبات التعلم. ويشير ويلكوت وآخرون(2001).Willcutt et.al ومارشال وآخرون (1997)Marshall et.al. إلى أن العلاقة بين الحالتين تكون قوية وخاصة في حالة نمط قصور الانتباه دون النشاط المفرط.

الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية: يرى كل من فورنيس وكافيل (2002)Forness &Kavale وهالاهان وكوتون (1997) Hallahan &Cottone أن نسبة التداخل بين هذا الاضطراب والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية تتراوح بين 25–50 % تقريباً. كما أن بعض الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يبدون سلوكيات عدوانية، وأخرى تظاهرية أو تنفيسية acting out بينما قد يبدي غيرهم سلوكيات انسحابية، وعادة ما تكون مصحوبة بالقلق أو الاكتئاب.

إساءة استخدام المواد: يرى بيدرمان وآخرون (1998).Biederman et.al ولامبرت وهارتسوف (1998)Lambert & Hartsough أنه من المحتمل بالنسبة للمراهقين والراشدين الذين يعانون من هذا الاضطراب قياساً بأقرانهم العاديين أن تتضاعف نسبة من يسيئون استخدام الكحوليات، أو من يصبحون معتمدين على العقاقير كالكوكايين على سبيل المثال.

كذلك فإن أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين يعانون من اضطرابات سلوكية ترجع إلى عوامل خارجية يعدون كما يرى شيلكوت وبريسلاو Chilcoat &(1999) Breslau أكثر عرضة لاستخدام العقاقير في سن مبكرة. وفضلاً عن ذلك فإن المراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب من المحتمل أن يتضاعف معدل تدخين السجاير من جانبهم. ومن جانب آخر فقد تناولت بعض التقارير في وسائل الإعلام العامة علاج ذلك الاضطراب، وأشارت إلى أن هذا العلاج إذا ما كان باستخدام المثيرات النفسية مثل الريتالينRitalin فإنه يؤدي بالأطفال إلى أن يعتادوا استخدام المواد غير القانونية. إلا أن دوبول وآخرين DuPaul et.al. (1998) يرون أنه لا توجد هناك أي نتائج لأي دراسات تؤيد هذا الاقتراح حتى الوقت الراهن.

وعلى الرغم من ذلك فلا تزال مسألة التزامن بين هذا الاضطراب والعديد من المشكلات السلوكية أو الانفعالية أو صعوبات التعلم تمثل لغزاً أو سراً لم يكشف عنه بعد حيث أن كل ما فعله الباحثون في هذا الصدد لا يتعدى كونه محاولة لسبر غور تلك الاحتمالات العديدة التي يحتمل لها أن تكون هي الأسباب التي تقف وراء ذلك والتأكد منها ومن مدى ذلك التداخل الذي يمكن أن يحدث بينهما، فضلاً عن أسبابه وإمكانية أن يؤدي مثل هذا الاضطراب إلى أي منها، والتأكد مما إذا كان العكس صحيحاً حيث يتطور كل منها على حدة بعيداً عن الآخر وبمعزل عنه. كذلك فإن مثل هذه المحاولة تهدف من جانب آخر إلى التأكد من إمكانية وجود أي أساس وراثي لذلك التزامن الذي يمكن أن يحدث. وعلى هذا الأساس فإن البحوث التي سوف يتم إجراؤها خلال السنوات القليلة القادمة ينبغي أن تعمل على إيجاد إجابات قاطعة لمثل هذه التساؤلات المختلفة .

بعض الاعتبارات التربوية Edueational Considerations

سوف نتناول في هذا القسم من الفصل الحالي جانبين يتعلقان بالبرامج التربوية الفعالة التي يمكن أن نقدمها في هذا الصدد لأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط هما:

1- ترتيب الفصل وقيام المعلم بالتوجيه.

2- التقييم السلوكي الوظيفي والإدارة المشروطة للذات.

وسوف نتناول ذلك بالتفصيل على النحو التالي:

ترتيب الفصل وقيام المعلم بالتوجيه:

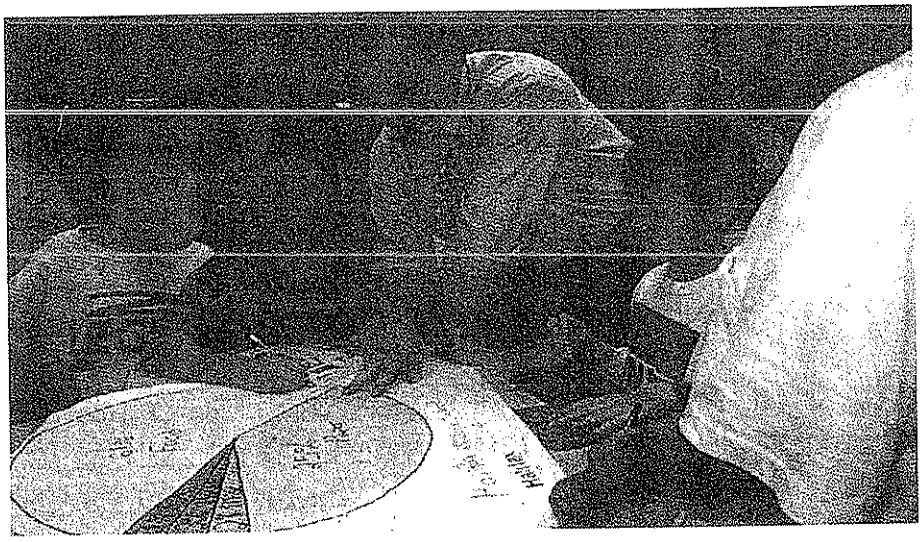
كان وليام كرويكشانك William Cruickshank من أوائل من نادوا بضرورة وجود

برنامج تربوي منتظم ونظامي لأولئك الأطفال الذين نشخصهم اليوم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. وكان البرنامج الذي نادى به يتضمن خاصيتين أساسيتين هما:

1- الحد من تلك المثيرات التي لا تتعلق بالتعلم وتعزيز تلك المواد ذات الأهمية بالنسبة للتعلم.

2- برنامج منظم structured مع تأكيد قوي على توجيهات المعلم.

ونظراً لأنه افترض أن أولئك الأطفال الذين يعانون من بعض المشكلات في الانتباه يعدون أكثر عرضة للتشتت فقد قام بالحد من تلك المثيرات التي لا ترتبط بالموضوع وذلك بقدر المستطاع بحيث لا توجد فقط سوى تلك المثيرات التي يتم التعامل معها وتناولها، فتكونت بالتالي ورش العمل الخاصة بهم على سبيل المثال من مهاجع ثلاثية الأبعاد حتى يتم بذلك الحد من التشتت. ومن ناحية أخرى فقد تم تشجيع المعلمين على أن يقوموا باستخدام مواد تعليمية جذابة وذات ألوان ساطعة.



يتطلب هؤلاء الأطفال بيئة صفية منظمة وتوجيهات من المعلم وخصوصاً في المراحل الأولى من البرنامج

هذا ويقصد بالبرنامج المنظم structured أن يكون هناك برنامج محدد الخطوات يسير الطفل وفقاً له بحيث نجد أنه عندما يأتي إلى الفصل يقوم بوضع الجاكيت الخاص به على شماعة معينة وليس على أي شماعة أخرى يختارها هو، ولكنه يقوم بوضعه على نفس الشماعة كل يوم، وأن يقوم أيضاً بوضع طعام الغذاء الخاص به على رف معين كل يوم وذلك

إذا أحضره معه، ثم يذهب إلى مهجعه، ويجلس على مقعده، ويتابع تعليمات المعلم فيما يتعلق بالمهام التعليمية، ويستخدم التواليت، ويقوم بأداء تلك الأنشطة التي ترتبط بتناول الطعام، وكل الخبرات الأخرى حتى ينتهي اليوم المدرسي. وبذلك يتضح أن هذا البرنامج يخلو من مواقف الاختيار وما يرتبط بها من صراع، كما يخلو أيضاً من تلك الخبرات التي يحتمل أن تتضمن الفشل. كذلك فإن المهام التي يتم تقديمها للطفل تكون في حدود قدراته العقلية ومدى انتباهه حيث من المتوقع أن يصل مدى انتباهه إلى أربع دقائق وهو الأمر الذي يجعل جميع خبرات ومهام التعلم التي يتم تقديمها له تكون في حدود هذا المدى.

ومن النادر أن نرى اليوم معلمين يستخدمون كل مكونات برنامج كرويكشانك Cruickshank

وخاصة فيما يتعلق بالمهاجع. ويعتقد العديد من المختصين في وقتنا الراهن أنه لا يصل الأمر بكل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب إلى أن يتشتت انتباههم من جراء أشياء معينة توجد في محيطهم البيئي، ومع ذلك فإنهم يوصون باستخدام أشياء معينة كالمهاجع مع أولئك الأطفال الذين يتسمون بالتشتت وذلك في سبيل الحد من المثيرات الخارجية التي يمكن أن تؤدي إلى مثل هذا التشتت. كذلك فمن النادر أيضاً أن نرى في الوقت الراهن من يلجأ إلى درجة تنظيم الفصل وتوجيهات المعلم التي عرضها كرويكشانك Cruickshank وذلك لعدد من الأسباب من أهمها ما يلي :

1- أن مثل هذا التنظيم لا يمكن أن نجده في الواقع إلا في الفصل الخاص المستقل أو التام في ذاته self- contained class وأن معظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يوجدون كما أشرنا من قبل في فصول التعليم العام.

2- أن غالبية المختصين يعتقدون اليوم أن البرنامج المنظم structured يعد على درجة كبيرة من الأهمية في المراحل الأولى من العمل مع مثل هؤلاء الأطفال المضطربين، إلا أنهم يحتاجون بعد ذلك إلى أن يتعلموا بالتدريج أن يكونوا أكثر استقلالاً في تعلمهم.

ويرى كوبر(1999) Cooper أنه على الرغم من ذلك فإن العديد من الأفكار التي عرضها كرويكشانك Cruickshank لا تزال موجودة حتى الآن في النظام التعليمي الذي يتبع مع أولئك الأطفال، ومن أمثلة هذه الأفكار ما يلي :

1- أن جميع الأطفال وخاصة أولئك الذين يعانون من ذلك الاضطراب يحققون الاستفادة من الروتين والنظام الواضح والمتوقع وغير المعقد.

2- من المفيد أن يتم تقسيم اليوم إلى وحدات زمنية معينة يتم خلالها تنفيذ تلك المهام المحددة التي يتضمنها البرنامج المقدم.

3- أن يتم تجزئة المهام والأنشطة في وقت الدرس إلى مهام وأنشطة فرعية.

4- أن يتم تجنب تقديم قائمة مفصلة بتلك المهام المطلوبة للأطفال.

5- أن يتمثل أحد الأهداف الهامة للبرنامج في توفير روتين يومي بسيط للتعلم يدفع بالطفل في النهاية إلى أن يتعلم بقلبه.

6- أن يقل عدد تلك المهام التي يتم تقديمها للطفل خلال البرنامج المقدم له، وألا يتم تحديد وقت صارم لأداء كل منها خلاله، بل يجب أن يكون هناك قدر مناسب من المرونة في هذا الصدد.

7- ألا توجد هناك أي تعقيدات في البرنامج المقدم تتمثل في تحديد جدول زمني صارم لأداء مهام أو أنشطة معينة من جانب هؤلاء الأطفال حتى لا يجدوا صعوبة في التمييز بين المعلومات المختلفة وتنظيمها.

8- أن يتم تسجيل المهام المطلوبة من الطفل على شرائط كاسيت حتى يصبح بإمكانه على أثر ذلك أن يأخذها معه إلى المنزل، وأن يقوم بالتدريب عليها حتى يتمكن من أدائها بالشكل المطلوب أو حتى إجادة القيام بها .

التقييم الوظيفي والإدارة المشروطة للذات

أوضحنا في الفصل الخامس أن التقييم السلوكي الوظيفي يعتبر مجالاً هاماً للتعامل مع المشكلات السلوكية للأطفال المتخلفين عقلياً. إلا أننا نضيف إلى ذلك أنه يعتبر هاماً للغاية في تلك البرامج التربوية التي يتم إعدادها للأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. ويتضمن التقييم السلوكي الوظيفي FBA كما يرى هورنر وكار Horner &Carr (1997) تحديد النتائج المترتبة، والأحداث المنشطة أو المثيرة، وتحديد تلك الأحداث التي تتضمن سلوكيات غير ملائمة. ومن أمثلة الوظائف التقليدية للسلوك غير الملائم من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كما يرى دوبول وإيرفين (1996) DuPaul &Ervin ما يلي:

1- تجنب القيام بأي عمل.

2- لفت انتباه الأقران والراشدين.

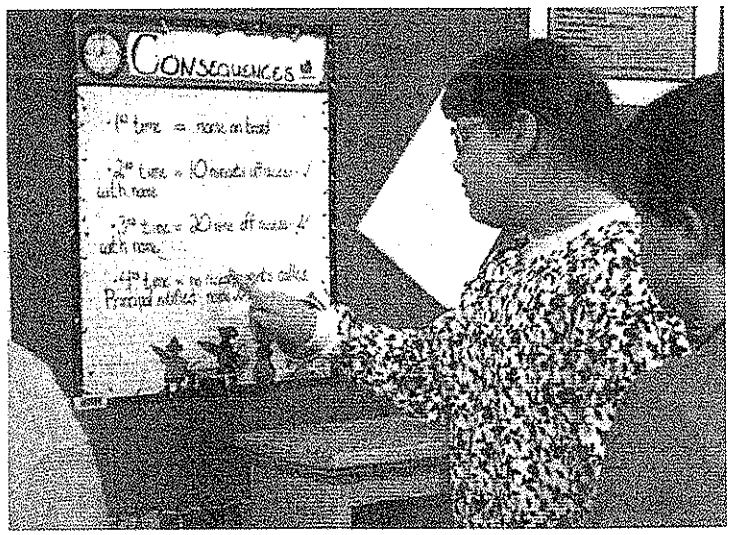
أما اتجاهات الإدارة المشروطة للذات contingency- based self- management فإنها عادة ما تتضمن كما يشير كل من دافيز وويت (2000) Davies &Witte وشابيرو وآخرين Shapiro et.al. (1998) إبقاء الفرد على ذلك السلوك الذي يصدر عنه، ثم تلقي تلك النتائج التي يكون من شأنها أن تترتب عليه والتي عادة ما تكون على هيئة مكافآت تقوم أساساً على

ذلك السلوك. وفي هذا الإطار فإن المعلم قد يجد على سبيل المثال أن الأطفال يقومون باستخدام مراقبة الذا ت self- monitoring لتسجيل عدد المرات التي يقومون بترك مقاعدهم فيها خلال الحصة الواحدة .

هذا وقد اتضح أن الجمع بين أسلوبي التقييم السلوكي الوظيفي والإدارة المشروطة للذات له أثره الفعال في زيادة كم السلوك الملائم من جانب أولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط وذلك في المرحلتين الابتدائية والثانوية عل السواء حيث أدى ذلك كما أسفرت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الإطار إلى زيادة كم النشاط الملائم من جانب المراهقين المضطربين أثناء أداء المهام المطلوبة. أما طور التقييم السلوكي فقد تألف من مقابلات مع المعلم، وملاحظات داخل الفصل. وقد أدى كلاهما كما يشير إيرفين وآخرون (Ervin et.al.(1998 بالباحثين والمعلمين إلى الاعتقاد بأن السلوك الفوضوي الذي يصدره هذا الولد أو ذاك ما هو في الواقع إلا دالة للفت انتباه الأقران له. وقد بني هذا الافتراض على تلك الأدلة التي توفرت والتي ترى أن الأحداث المنشطة أو المثيرة لذلك السلوك الدال على قصور الانتباه تتضمن بعض الأشياء الأساسية مثل نظرة الأقران له، ومناداته باسمه، والقيام ببعض الإيماءات نحوه. كما أن النتائج التي ترتبت على قصور انتباهه قد تمثلت في أشياء معينة مثل ضحك الأقران عليه، أو ما يصدر عنهم من تعليقات معينة تتعلق به. بينما يتضمن طور الإدارة المشروطة للذات على الجانب الآخر قيام التلميذ بتقييم ما يصدر عنه من سلوكيات أثناء المهمة وذلك على مقياس متدرج من خمس نقاط تتراوح بين "غير مقبول" وتحصل على صفر حتى "ممتاز" وتحصل على خمس درجات وذلك في نهاية كل حصة حساب. كما يقوم المعلم أيضاً بتقييم ذلك السلوك، ويحصل الطفل على نقاط أو درجات معينة اعتماداً على التناسق بين التقييمين. كذلك يقوم المعلم أثناء حصة الكتابة بإعطاء التلاميذ نقاط إيجابية أو سلبية في ضوء استجاباتهم السلوكية التي تهدف إلى جذب انتباه أقرانهم بالفصل. ويحصل التلاميذ بذلك على بعض المزايا وفقاً لما يحصلون عليه من نقاط .

دور التعزيز

أشاد المختصون بذلك الدور الذي يلعبه التعزيز كشرط في الإدارة المشروطة للذات، وأن التعزيز يمكن أن يكون مادياً أو معنوياً كالثناء أو المديح الاجتماعي الذي يؤدي بدوره بالإدارة الذاتية أو إدارة الذات إلى أن تصبح أكثر فعالية. ويشير دوبول وإيكرت (DuPaul & (1997 Eckert إلى أن نتائج تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد قد أسفرت عن أن الإدارة المشروطة للذات تعد أكثر فعالية من إدارة الذات دون أن يكون هناك شرط معين كالتعزيز مثلاً وذلك في تغيير سلوكيات التلاميذ الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط كي تصبح أكثر إيجابية.



تعمل البرامج التي تسمح للتلاميذ بمراقبة سلوكهم وأدائهم على تشجيعهم كي يأتوا بالسلوك الملائم في المدرسة

ويرى كون (Kohn(1993 أنه على الرغم من ذلك الجدل الذي يدور أحياناً حول استخدام بعض الإجراءات السلوكية مثل التعزيز أو العقاب فإن هناك من يعارض اللجوء إلى مثل هذه الإجراءات. وهناك من ينظر إليها من جانب آخر على أنها أمور لا غنى عنها في العمل مع أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب حيث أنها تعد بمثابة جانب أساسي من تلك المبادئ اللازمة للتدخل الفعال.

نماذج تقديم الخدمة

نظراً لأن وزارة التربية الأمريكية لا تنظر إلى هذا الاضطراب على أنه يمثل فئة مستقلة من فئات التربية الخاصة فإنه لا توجد لدينا إحصائيات عن عدد أولئك التلاميذ الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة في الفصول المختلفة. ومع ذلك فمن الملاحظ أن هناك أطفالاً يعانون من هذا الاضطراب يوجدون على المتصل الكلي للتسكين ببدائله المختلفة بداية من المدارس الداخلية وحتى الضم أو الاحتواء الكامل في فصول التعليم العام. ونظراً لأن أقل من نصف عدد هؤلاء الأطفال هم الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة يصبح من المنطقي أن نفترض أن غالبية هؤلاء الأطفال يقضون معظم وقتهم في فصول التعليم العام.

وجدير بالذكر أن أفضل بدائل التسكين بالنسبة لهؤلاء الأطفال يجب أن يتحدد على أساس فردي حيث أنه بالرغم من أن الضم أو الاحتواء الكامل في فصول التعليم العام يعد مناسباً لبعضهم فإن الادعاء بأن أكثر من نصفهم لا يتلقى أياً من خدمات التربية الخاصة يجب أن ننظر إليه بدرجة كبيرة من الاهتمام. كذلك فإن نتائج العديد من الدراسات في هذا

المجال قد كشفت عن أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يحققوا بعض التغييرات السلوكية الإيجابية في إطار مدارس التربية الخاصة وبرامجها وذلك بشكل يفوق ما يمكن أن يحققوه في هذا الصدد في ظل وجودهم في فصول التعليم العام.

بعض الاعتبارات الطبية Medication Considerations

يمثل علاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط باستخدام العقاقير الطبية واحداً من أكثر الموضوعات التي شهدت جدلاً كبيراً في إطار التربية الخاصة. ويتم في هذا الصدد استخدام المثيرات السيكلوجية psychostimulants حيث تعمل على إثارة أو تفعيل الأداء الوظيفي النيورولوجي، وبالتالي فهي تعد من أكثر أنواع العقاقير الطبية شيوعاً واستخداماً بالنسبة لهذا الاضطراب. ومن أشهر مثل هذه المثيرات السيكلوجية على الإطلاق ذلك العقار الذي يعرف اسمه العلمي بعقار الميثيلفنديت Methylphenidate ويعرف اسمه التجاري بالريتالين Ritalin. ومع ذلك فقد أشار العديد من المختصين على مدى سنوات طويلة إلى أن هناك آثاراً عكسية أو جانبية سلبية عديدة لهذا العقار حيث تتناقض آثاره في الواقع مع ما نتوقعه من الشخص الذي لا يعاني من هذا الاضطراب. ويرى جمع كبير من الباحثين كما يشير كل من سوانسون وكاستيلانوس وآخرين (1998).Swanson, Castellanos et.al فضلاً عما يشير إليه سوانسون وآخرون (1998) .Swanson et.al أن الريتالين يؤثر على انبساط الدوبامين كأحد الموصلات العصبية مما يمكن المخ من أداء الوظائف التنفيذية بشكل عادي، ومن ثم فإن الهدف من تعاطي جرعاته يتمثل أساساً في مساعدة المخ على أداء الوظائف التنفيذية بشكل عادي. ويرى سلانتو (1998) Slanto أنه من المعتقد الآن أن للريتالين نفس الأثر السلوكي والكيميائي على أولئك الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط وأقرانهم الذين لا يعانون منه.

ومن ناحية أخرى يشير فاراوان وآخرون (2001) .Faraone et.al وبليزكا وآخرون (2000).Pliszka et.al ومانوس وآخرون (1999).Manos et.al إلى أن الريتالين يتطلب حوالي ساعة واحدة حتى يأتي بأثره في حين يحدث أقصى أثر له بعد حوالي ساعتين من تعاطي الجرعة علماً بأن آثاره تتلاشى بعد حوالي أربع ساعات من الجرعة. أما الاستجابة للريتالين فهي فردية أي تختلف من فرد إلى آخر، ومن ثم فإن مقدار الجعة، وعدد مرات تعاطيها في اليوم تتباين من شخص إلى آخر. وهناك عقار آخر جديد نسبياً يسمى أديرال Adderall يتم استخدامه في الوقت الراهن على نطاق واسع حيث أنه لا يقل في أثره عن الريتالين، ولكنه يتفوق عليه في أن أثره يمتد لفترة زمنية أطول مما يقلل من عدد مرات تعاطيه من جانب الفرد.

معارضة تعاطي الريتالين

من الجدير بالذكر أنه لا يعد كل المختصين والآباء وعامة الناس من المناصرين للريتالين، بل إن هناك أعداداً منهم يعتبرون من المناوئين لاستخدامه. كذلك فقد شنت وسائل الإعلام هجوماً شرساً عليه منذ نهايات عقد الثمانينيات من القرن الماضي وخلال عقد التسعينيات وذلك من خلال العروض التليفزيونية المختلفة بالقنوات المتعددة، وفي البرامج الإخبارية الصباحية والمسائية. وقد تراوح النقد الموجه له بين البسيط إلى الحاد الذي وصل إلى الأطباء حيث رأى البعض أنهم أي الأطباء يريدون أن يتحكموا في الأطفال وفي سلوكهم، وأن يجعلونهم كالدمي.

هذا وقد لجأ بعض النقاد المتطرفين إلى القضاء لرفع دعاوى قضائية ضد استخدام الريتالين مدعين أن شركات الأدوية، ونقابة الأطباء النفسيين، والمنظمات الوالدية قد تواطأوا جميعاً في سبيل زيادة مبيعات الريتالين رغم علمهم بما أسفرت عنه نتائج البحوث المختلفة وما كشفت عنه من أدلة سيئة تتعلق به.

الأدلة التي كشفت عنها البحوث

تناولت العديد من الفرق البحثية على مستوى العالم دراسة تلك الآثار التي تخلفها العديد من العقاقير الطبية على اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، وقد تم التركيز في غالبية البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار على الريتالين. ويعرض الجدول التالي مبادئ التدخل التي تتبع لعلاج هذا الاضطراب.

	مبادئ التدخل العلاجي
1-	يجب أن تكون القواعد والتعليمات واضحة ومختصرة، ويتم تقديمها أو عرضها بأساليب مختلفة.
2-	يجب أن تظهر النتائج بسرعة وبشكل فوري.
3-	أن تكون النتائج قوية وذات أهمية.
4-	أن يتم اللجوء إلى درجة مرتفعة من الإثارة والحفز.
5-	أن يكون التدعيم أساسياً في برنامج التدخل.
6-	أن يكون هناك توقع للانتقال بين الأنشطة أو التجول داخل الفصل، أي توقع لتلك النتائج التي يمكن أن تحدث على أثر ذلك.

جدول (7-3) مبادئ التدخل لعلاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط عند فيفنر وباركلي Pfiffner &Barkley

الفاعليـة: Effectiveness: على الرغم من الدعاية السلبية للريتالين في وسائل الإعلام فإن هناك العديد من المختصين يفضلون استخدامه على ما عداه. هذا وقد أسفرت نتائج دراسات عديدة كما يشير إيفانز وآخرون Evans et.al.(2001) وفورنيس وآخرون Forness et.al.(1999) وكرينشاو وآخرون Crenshaw et.al. (1999) وباركلي Barkley (1988) عن وجود أثر إيجابي له في مساعدة التلاميذ على الكف السلوكي وأداء الوظائف التنفيذية مما يكون من شأنه أن يجعل سلوكهم عادياً. وفضلاً عن ذلك فإن الريتالين لا يؤدي إلى الحصول على تقديرات أعلى في تلك المقاييس التي يجيب الآباء والمعلمون عنها فحسب، بل يؤدي كذلك إلى تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي والسلوك داخل الفصل كتدوين الملاحظات، والسلوك المتبع أثناء أداء المهمة، والدرجات التي يحصلون عليها في الاختبارات القصيرة، ومعدل إكمال الواجبات المنزلية، والأعمال اللغوية المكتوبة.

وعلى الرغم من وجود العديد من الأدلة التي تكشف عن فعالية الريتالين وغيره من العقاقير الطبية التي تستخدم في هذا الصدد فقد قرر المعهد القومي للصحة النفسيةNIMH أن يقوم بدور في هذا الإطار على نحو أكثر أماناً فقرر إجراء دراسة موسعة وشاملة ودقيقة حول الآثار الصحية والسلوكية لذلك العلاج حتى يقرر ما سوف يفعله بعد ذلك. وقد كشفت النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة عن فعالية الريتالين في هذا الصدد.

الآثار الجانبية وغير المستجيبين للعلاج: Nonres ponders and Side Effects من المعروف أن الريتالين لا يعد فعالاً لجميع الأفراد على السواء حيث أن حوالي 30% تقريباً من الذين يتعاطون جرعات منه لم يأتوا بعد بالاستجابات المفضلة كما يشير سبنسر وآخرون Spencer et.al. (1996). وفضلاً عن ذلك فإنهم قد يتعرضون كما يرى دوبول وآخرون DuPaul et.al.(1998) لبعض الآثار الجانبية التي تنجم عنه ومن بينها الأرق، وفقد الشهية للطعام، وحدوث آلام في المعدة، والصداع، وسرعة الغضب أو الانفعال. كما أنه قد يسبب بالنسبة لعدد محدود جداً من الحالات حدوث بعض اللزمات، أو حدوث زيادة في شدة تلك اللزمات لأولئك الذين تكون مثل هذه اللزمات موجودة لديهم بالفعل. كما أن هناك بعض الحالات التي يمكن أن تتعرض لآثار ارتدادية يظهر الطفل خلالها حدة في الطبع عندما يقترب أثر الريتالين على الانتهاء. إلا أن تلك الآثار الجانبية التي يمكن أن تترتب على الريتالين تكون في الغالب ذات مستوى بسيط، ويمكن السيطرة عليها إذ نجد مثلاً بالنسبة لأكثر اثنين من تلك الآثار الجانبية تكراراً وشيوعاً وهما الأرق وفقد الشهية للطعام أن التغلب عليهما يتمثل بطبيعة الحال في عدم تعاطي الريتالين قريباً من وقت تناول الطعام أو النوم. أما بالنسبة للآثار الارتدادية أو النكوصية فإن بعض الأطباء يرى ضرورة وجود فترة راحة من تعاطي الريتالين حتى لا تحدث مثل هذه الآثار .

إساءة استخدام العقاقير: Drug Abuse هناك اعتقاد خاطئ بأن تعاطي الريتالين من جانب الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يجعل من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يسيئوا استخدام العقاقير الطبية مثل الماريجوانا والكوكايين وذلك حال وصولهم إلى مرحلة المراهقة أو الرشد. ومع ذلك فإن الأدلة على هذا الأمر ليست قاطعة بالمرة. وفي الواقع توجد أدلة على أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين تعاطوا الريتالين في طفولتهم يكون من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يلجأوا إلى تلك العقاقير المحظورة أو غير المشروعة أثناء مراهقتهم. ويرى البعض أن أولئك الأطفال الذين لم يتم علاجهم باستخدام الريتالين ربما يلجأون إلى عقاقير أخرى في سبيل تحقيق راحة البال أو البهجة.

الاحتياطات المتعلقة بالريتالين:

على الرغم من أن البحوث التي أجريت على الريتالين قد كشفت عن فعاليته وإيجابيه في زيادة معدلات السلوك الملائم فلا تزال هناك بعض الاحتياطات التي ينبغي أن ننتبه إليها هي :

1- أنه لا يجب اللجوء إلى الريتالين مع ظهور أول إشارة على وجود مشكلة سلوكية، بل ينبغي في ذات الوقت ألا يتم ذلك كما يشير ويلينز وبيدرمان (1992) Wilens & Biederman إلا بعد إجراء تحليل دقيق لسلوك الطفل ومحيطه البيئي حيث يتضاعف استخدام المثيرات السيكلوجية كعلاج لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ما بين كل أربع إلى سبع سنوات وذلك منذ عام 1971. وفضلاً عن ذلك فإن معدلات تعاطي الريتالين أو استخدامه تتباين كثيراً من قطر إلى آخر فيتم استخدامه في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال كما يرى آيسيويلي (1998) Icewley بمعدل يزيد عن ضعف معدل استخدامه في كل بريطانيا وأستراليا. وعلى الرغم من أن انخفاض معدلات استخدام الريتالين في أقطار أخرى تدل على أن العديد من الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب لم يتم علاجهم بشكل جيد، وأنه من الأكثر احتمالاً أيضاً أن نجد أن بعضهم على الأقل حتى في الولايات المتحدة الأمريكية يتم علاجه بشكل غير مناسب وذلك على غير ما يمكن أن يتوقعه الكثيرون في هذا الصدد.

2- على الرغم من أن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار قد كشفت عن فعالية الريتالين في الكف السلوكي والقيام بالوظائف التنفيذية فإن ما يتعلق من هذه النتائج بالعائد الأكاديمي أو التحصيل يعد غير قاطع أو حاسم. ورغم تطوير العديد من المقاييس التربوية الهامة مثل ما يتعلق منها بإنهاء الواجبات ودقتها فإن أثر الريتالين على الاختبارات التحصيلية كما يشير فورنيس وآخرون (1999) .Forness et.al يعد

أقل من ذلك بكثير. وعلى ذلك يجب ألا يفترض المعلمون أن الريتالين سوف يجدي في كل المشكلات الأكاديمية التي يمكن أن يواجهها مثل هؤلاء الأطفال.

3- ينبغي أن يقوم الأطباء والمعلمون والآباء كما يرى هيل وآخرون (Hale et.al.(1998 بملاحظة مستوى الجرعات المعطاة بشكل دقيق كي تكون الجرعة فعالة دون أن تكون قوية جداً حيث من المعروف أن مستوى الجرعات يتباين بشكل كبير من طفل إلى آخر.

4- ينبغي ألا يؤثر المعلمون والوالدان على الأطفال بجعلهم يعتقدون أن الدواء يعد بديلاً للمسئولية الشخصية والمبادرة الذاتية.

5- ينبغي ألا ينظر الوالدان والمعلمون إلى الريتالين أو يصورونه على أنه دواء لكل الأمراض panacea بل يجب عليهم هم أنفسهم أن يتحملوا مسئوليتهم تجاه هؤلاء الأطفال، وأن يقدموا المبادرات المختلفة من جانبهم بما يعود بالنفع على الأطفال.

6- يجب أن يتذكر الوالدان والمعلمون أن الريتالين ما هو إلا مادة تتطلب أن يكون هناك سيطرة عليها فلا يجربها الطفل أو غيره من الأخوة أو الأقران.

7- يعتبر التواصل بين الوالدين والطبيب والمعلمين والطفل نفسه مفتاحاً أساسياً للاستخدام الفعال للريتالين.

يجب أن يستمر تدريب الأفراد المضطربين على الأداء بعد المرحلة الثانوية

التدخل المبكر Early Jntervention

يعتبر تشخيص الأطفال الأصغر سناً الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط أمراً صعباً لأن العديد من الأطفال الذين لا يعانون منه يميلون إلى إظهار كم كبير من النشاط الحركي إلى جانب نقص في السيطرة على حفزاتهم. ولنفس السبب الذي يعد في ضوئه كلاً من النشاط المفرط والاندفاعية من جانب الأطفال الأصغر سناً أمراً طبيعياً نسبياً يصعب السيطرة على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من هذا الاضطراب، وبالتالي يمثل هؤلاء الأطفال في هذه السن تحدياً كبيراً لوالديهم ومعلميهم.

ونظراً لحدة أعراض الاضطراب التي تبدو على أولئك الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون وذلك في مرحلة ما قبل المدرسة يصبح من المهم أن نلجأ إلى العديد من الأشياء ذات الأهمية في هذا الصدد كالمبادئ التربوية المتبعة في سبيل تنظيم وترتيب الفصل، وتعليمات المعلم، والتقييم السلوكي الوظيفي، والإدارة المشروطة للذات. ويجب أن نضع في اعتبارنا أن العديد من الأطفال العاديين لا تتطور لديهم مهارات إدارة الذات بشكل كامل وهو الأمر الذي يفرض علينا أن نلجأ إلى استخدام العديد من الشروط لهذا الأمر وذلك على شكل مديح، أو نقاط، أو مكافآت ملموسة.

وعندما نجد أن أطفالاً بمرحلة ما قبل المدرسة يعانون من هذا الاضطراب مع وجود مستويات مرتفعة من العدوانية لديهم فإننا سنجد في تلك الحالة كما يشير شيلتون وآخرون Shelton et.al. (2000) أنه حتى اللجوء إلى إجراءات التدخل المبكر المكثف معهم بما في ذلك اللجوء إلى تلك الفصول عالية الترتيب والنظام مع استخدام العديد من الشروط اللازمة لذلك فإن هذا الأمر لن يؤدي سوى إلى تحسن محدود لا يستمر طويلاً وذلك في الجانبين السلوكي والأكاديمي، بمعنى أنه ليس من المحتمل حتى بالنسبة للتدخل المبكر مرتفع الجودة أن يؤدي بالأطفال إلى الشفاء الكامل من أعراض هذا الاضطراب أو من العدوانية الشديدة المصاحبة وهو الأمر الذي يعكس حقيقة هامة تتمثل في أن مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى برامج طويلة المدى من هذا القبيل.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adlthood

افترض المختصون منذ وقت ليس ببعيد أن أعراض هذا الاضطراب تقل خلال مرحلة المراهقة، وعادة ما تختفي تماماً في مرحلة الرشد. ولكن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار قد كشفت كما يرى فاراوان ودويلي Faraone & Doyle (2001) عن أن حوالي ثلثي الأفراد الذين تم تشخيصهم في طفولتهم على أنهم يعانون من هذا الاضطراب قد استمرت

لديهم الأعراض الدالة عليه حتى خلال مرحلة رشدهم. ومع زيادة الوعي بهذا الاضطراب من قبل الجمعيات العلمية إلى جانب وسائل الإعلام العامة استمر تشخيص هذا الاضطراب بين الأشخاص حتى خلال مرحلة الرشد. كما أن الدراسات القديمة التي تناولت معدلات انتشاره قد كشفت عن أن مثل هذه المعدلات تتراوح بين 4-5% تقريباً وهو ما يعكس معدلات تعد هي نفس معدلات انتشاره خلال مرحلة الطفولة تقريباً.

تشخيص الاضطراب في مرحلة الرشد

يعتبر تشخيص مثل هذا الاضطراب خلال مرحلة الرشد من الأمور الجدلية التي كثيراً ما شهدت مداً وجذباً. إلا أنه نظراً لذلك الاعتقاد الذي ساد طويلاً حو عدم استمرار ذلك الاضطراب خلال مرحلة الرشد فليس هناك تاريخ طويل لتلك البحوث التي تدور حول هذه النقطة خلال هذه المرحلة العمرية. ومع ذلك فقد بدأ المختصون مؤخراً في إحراز تقدم ملحوظ في تشخيص وعلاج ذلك الاضطراب خلال مرحلة الرشد، إلا أنه نظراً لعدم وجود مقياس أو اختبار محدد لهذا الاضطراب فقد وجد الباحثون والمختصون أن التاريخ المرضي للفرد له أهميته القصوى في هذا المضمار وهو الأمر الذي صورته إحدى الفرق البحثية في إحدى الدراسات التي قامت بإجرائها (Hallowell &Ratey, 1994) بأنه ذلك الأسلوب القديم المتبع في الطب حيث يتحدث الطبيب إلى المريض موجهاً إليه بعض الأسئلة، ويستمع بالتالي إلى إجابته ويستنبط النتائج من خلالها مما يساعده في الوصول إلى القرار المناسب. ومع أننا أصبحنا في الوقت الراهن لا نثق في أي إجراء طبي لا يقوم على التكنولوجيا الحديثة فإن تشخيص هذا الاضطراب لا يزال يعتمد كلية على إتباع الإجراءات الطبية البسيطة في هذا الصدد والتي تتمثل في التعرف على تاريخ الحالة، وإن كان الأمر لا يخلو رغم ذلك من استخدام التكنولوجيا وخاصة في سبيل التعرف على أوجه القصور بالمخ. ولكن يظل أفضل اختبار تشخيصي لهذا الاضطراب مع ذلك كما يرى هالويل وراتي (1996) Hallowell &Ratey هو ذلك الاختبار القديم الذي يقوم على التعرف الدقيق على التاريخ المرضي للفرد وهو الأمر الذي يجب أن تتم معرفته من شخصين اثنين على الأقل هما المريض من ناحية وأحد والديه أو أحد أصدقائه من ناحية أخرى .

وإلى جانب ذلك فقد لجأ الأطباء إلى استخدام بعض الإرشادات التي يمكن أن يستعينوا بها في سبيل التوصل إلى تشخيص دقيق للحالة في هذه المرحلة العمرية الكبيرة. ويعرض الجدول التالي لمجموعة من المحكات التشخيصية المقترحة التي يمكن استخدامها عند تشخيص هذا الاضطراب بين الراشدين.

ملحوظة: يعتبر المحك منطبقاً على الشخص الراشد إذا كان السلوك الذي يأتي به يتكرر بشكل ملحوظ ويفوق ما يأتي به الشخص العادي.

أولاً: يعتبر الشخص يعاني من اضطراب مزمن إذا ما انطبق عليه 12 محكاً مما يلي:

1- انخفاض مستوى التحصيل بشكل لا يمكن الفرد من تحقيق أهدافه.
2- يجد صعوبة في تحقيق مستوى مقبول من التنظيم.
3- المماطلة والتسويف أو إثارة المشاكل.
4- يبدأ في القيام بالعديد من الأشياء في نفس الوقت ولكنه يجد صعوبة في متابعة أي منها.
5- يقول ما يخطر بباله دون مراعاة لتوقيت ما يقوله أو مدى مناسبته للموقف.
6- البحث المستمر عن معدل مرتفع من الإثارة.
7- الشعور بالسؤم أو الملل.
8- سهولة التشتت ووجود صعوبة في تركيز الانتباه، والهروب من منتصف المحادثة والتي غالباً ما تتزامن مع القدرة على الإثارة الزائدة للاهتمام hyperfocus في بعض الأحيان.
9- غالباً ما يتسم بالابتكارية والحدس والذكاء المرتفع.
10- يجد صعوبة في إتباع الإجراءات المناسبة والمحددة.
11- غير صبور:
12- يتسم بالاندفاعية سواء في القول أو الأفعال، كما أنه عادة ما يكون متهوراً في صرف المال أو تغيير الخطط المعدة سلفاً، أو تغيير المهنة فضلاً عن أنه يكون سريع الاهتياج.
13- يشعر بالقلق دون داع، ويبدو وكأنه يبحث في الكون عن شيء يجعله يقلق، كما أنه يتسم أيضاً بقصور الانتباه فيما يتعلق بالأخطار الحقيقية، أو يكون غير مبال بها.
14- الشعور بعدم الأمان.
15- تذبذب المزاج وتغيره المستمر.
16- الاستياء restlessness البدني أو المعرفي.
17- الميل إلى السلوك الذي يتسم بالإدمان.
18- وجود مشكلات مزمنة في تقدير الذات.
19- ملاحظة غير دقيقة للذات.
20- وجود تاريخ أسري مرضي يتعلق بقصور الانتباه، والاكتئاب، أو الاكتئاب الهوسي، أو إساءة استخدام المواد، أو غير ذلك من الاضطرابات التي تتعلق بالسيطرة على الحفزات أو اضطرابات المزاج والوجدان.

ثانياً: وجود تاريخ مرضي لاضطراب قصور الانتباه بادئاً من مرحلة الطفولة، وقد لا يكون قد تم تشخيص ذلك رسمياً لكن أعراضه تكون موجودة.

ثالثاً: لا يمكن تفسير الموقف على أنه أي حالة صحية أو نفسية أخرى.

جدول (6-4) المحكات التشخيصية المقترحة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط بين الراشدين

النتائج المترتبة على الاضطراب في مرحلة الرشد

من الملاحظ أن العديد من الراشدين الذين يعانون من هذا الاضطراب يعانون من بعض الاضطرابات الأخرى كما يرى فاراوان وآخرون (Faraone et.al.(2000 ومن أمثلتها الاضطرابات السلوكية، والقلق، والاكتئاب، كما أنهم كثيراً ما يخبرون الفشل في المدرسة، ويواجهون مشكلات جمة في عملهم إلى جانب التعرض للعديد من حوادث السيارات وذلك قياساً بالراشدين الذين لا يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. وفضلاً عن ذلك فإن الراشدين الذين يعانون كذلك من أي حالة مرضية أخرى متزامنة كالاكتئاب أو العدوان على سبيل المثال يميلون على أن يحصلوا على نتائج أقل إيجابية لما يقومون به من أعمال وذلك قياساً أيضاً بأقرانهم الذين لا يعانون من أي حالة مرضية متزامنة. وعلى الرغم من أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط يعدون أكثر عرضة للنتائج السلبية في أعمالهم فمن المهم أن نشير إلى أن العديد منهم قد حققوا نسبة مرتفعة من النجاح في وظائفهم، كما أن العديد منهم أيضاً قد حققوا نجاحاً في زيجاتهم وكونوا أسراً سعيدة.

شغل المهنة: يعد اختيار تلك المهنة التي تبرز جوانب قوة الفرد إلى حدها الأقصى وتختفي معها نواحي ضعفه أو تصل إلى حدها الأدنى أحد المفاتيح الأساسية التي يتوقف عليها النجاح في المهنة بالنسبة لكل الأفراد بوجه عام ولأولئك الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط على وجه الخصوص حيث يتوقف النجاح المهني للفرد على متابعته لتلك المهنة التي تشبع حاجاته البنائية في مقابل الاستقلالية. وإذا كان الفرد لديه حاجات وميول بنائية يصبح من المفضل بالنسبة له أن يبحث عن مهن تتعلق بالتنظيم مع وجود مشرفين لتوجيهه يتسمون بفهمهم الواعي لطبيعة هذا الاضطراب. أما أولئك الذين يجدون أن مثل هذه الميول البنائية قاصرة ومقيدة لهم يصبح عليهم في الواقع أن يبحثوا عن بيئات عمل تتسم بالمرونة والتنوع وتسمح لهم كذلك بالاستقلالية .

الزواج وتكوين الأسرة: نظراً لوجود عدد من السمات التي ترتبط بهذا الاضطراب والتي لا يشترط أن تتوفر جميعها لدى نفس الفرد في ذات الوقت فإن مورفي (Murphy(1998 يرى أن أزواج وزوجات أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب – وهو الأمر الذي يجب ألا نستغرب منه – يشتكون من عدم إنصات أولئك الأفراد لهم ولما يدور حولهم، وانشغالهم الدائم، وكثرة النسيان من جانبهم، وعدم ثباتهم على شيء معين، والفوضى الكثيرة التي يحدثونها، وما إلى ذلك. ومن جانب آخر يشير ويس وآخرون (Weiss et.al.(2000 إلى أنه يمكن أن تكون لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط آثاره السلبية على

الأسرة بأكملها حيث أن الآباء الذين يعانون منه يجدون من الصعب عليهم أن يقوموا بإدارة الحياة اليومية لأطفالهم إذ يذكر أحد الآباء في هذا الصدد أنه لا يتذكر ما إذا كان يستخدم فرشاة الأسنان لتنظيف أسنانه وهو صغير أم أنه لم يكن يستخدمها، وأنه لا يستطيع أن يتذكر في الوقت الراهن أن يطلب من ابنه أن يقوم باستخدام الفرشاة لتنظيف أسنانه هو الآخر.

ويرى العديد من المختصين أن أول خطوة يجب أن تتوفر في سبيل علاج هذا الاضطراب ينبغي أن تتمثل في معرفة كل أعضاء الأسرة بتلك الحقائق التي ترتبط به. ونظراً لأن هذا الاضطراب يعد شأناً أسرياً فإن أعضاء الأسرة جميعاً ينبغي أن يشاركوا في عملية العلاج حيث يرى هالويل وراتي Hallowell &Ratey (1996) أن هذا الاضطراب على العكس من بعض المشكلات الصحية الأخرى يلمس كل فرد في الأسرة وذلك بطريقة يومية ذات مغزى فنجده يؤثر من ناحية على تلك السلوكيات التي تحدث في الصباح الباكر كجانب من سلوكيات الفرد التي تصدر عنه، ويؤثر أيضاً على السلوكيات التي تتعلق بمائدة الطعام، كما يؤثر من ناحية أخرى على تلك السلوكيات التي تتعلق بقضاء الأجازة ووقت الفراغ . وعلى ذلك فإن كل فرد في الأسرة يجب أن يمثل جزءاً من حل هذه المشكلة مثلما كان يمثل جزءاً منها كمشكلة. ويعرض الجدول التالي لخمس وعشرين نصيحة يمكن إتباعها في سبيل التغلب على هذا الاضطراب بين الزوجين وذلك عندما يعاني أحدهما منه. ومع تزايد معدلات الطلاق وزيادة أعداد الأسر ذات الوالد الواحد في الولايات المتحدة الأمريكية أصبح العديد من هذه النصائح ضرورياً وذات أهمية كبيرة حتى لعامة الناس.

1- تأكد من التشخيص الدقيق للحالة مع معرفة أكبر قدر ممكن من الحقائق التي تتعلق بهذا الاضطراب.

2- احتفظ بقدر من البشاشة لأنها تعتبر مفتاح الحياة السعيدة في ظل هذا الاضطراب، كما أنها يمكن في ظل هذه الظروف أن تقي الزوج أو الزوجة من الجنون.

3- اعلن الهدنة إذ يجب عليك بعد تشخيص الحالة ومعرفة الكم الأكبر من الحقائق حول هذا الاضطراب أن تأخذ نفساً عميقاً، وأن ترفع الراية البيضاء.

4- حدد وقتاً معيناً للكلام والمناقشة.

5- تحدث عما يدور بخاطرك إلى زوجك، وحدد له ما يضايقك، وما تريده، وما تريد أن تغيره، وما تريد أن تبقي عليه وذلك قبل أن تبدأ التفاعل معه مما يسهل من حدوث الاقتراب الكامل من المناقشة أي تناولها بالشكل المرغوب.

6- اكتب شكواك وتوصياتك وإلا فسوف تنساها.

7- حدد خطة معينة للعلاج علماً بأنك قد تحتاج خلالها إلى مساعدة أحد المختّصين، ولكن سوف يظل من المهم أن تبدأ أنت في تنفيذ تلك الخطة.

8- استمر في تنفيذ الخطة ولا تتوقف إذ تتمثل إحدى الخصائص المميزة لهذا الاضطراب في عدم الاستمرار في تنفيذ فكرة معينة أو شيء معين.

9- قم بتحديد قوائم معينة لزوجك على أن يقوم هو أيضاً بنفس الشيء، وحاولا أن تستخدما تلك القوائم بشكل بنائي بعيداً عن الخوف أو ما شابه ذلك.

10- ضع لوحة معينة للإعلانات واستخدمها في وضع الرسائل المكتوبة عليها حتى يصبح من الأقل احتمالاً بالنسبة لك أن تنساها.

11- ضع لافتات صغيرة تتضمن ملاحظات هامة في أماكن استراتيجية كأن تكون بالقرب من السرير، أو في السيارة، أو في دورة المياه، أو في المطبخ.

12- اكتب ما تريد من زوجك أن يقوم بفعله على أن يتم ذلك بأسلوب يشبه المساعدة وليس بأسلوب دكتاتوري مع الاحتفاظ بدفتر مواعيد رئيسي لكليكما.

13- عليك أن تتذكر أن هذا الاضطراب يمكن أن يؤثر على الاهتمامات والميول الجنسية، بل وعلى الممارسة الجنسية في حد ذاتها، وبالتالي فإن ما يرتبط بهذا الجانب من مشكلات يعود بالضرورة إلى ذلك الاضطراب.

14- تجنب أن تلجأ إلى نمط مثير للفوضى أو إلى من يعمل على إزالة تلك الفوضى.

15- تجنب أيضاً أن تلجأ إلى نمط يثير الإزعاج، أو إلى من يعمل على الإقلال من هذا الإزعاج.

16- تجنب أيضاً نمط الضحية ومن يضحي بنفسه لأنك لا تريد من شريكك الذي يعاني من هذا الاضطراب أن يأخذ دور الضحية اليائس الذي تركه القدر في أيدي قاسية لقرين لا يرحم.

17- تجنب أيضاً أن تلجأ إلى نمط السيد والعبد، بل عليك أن تقوم بطريقة مضحكة بدور العبد حتى لا يضطر قرينك الذي يعاني من هذا الاضطراب أن يقوم بهذا الدور.

18- تجنب نمط الصراع السادي- المازوخيsadomasochistic كأسلوب روتيني للتفاعل حيث يقضي العديد من الأزواج معظم وقتهم في هجوم على الطرف الآخر يتبعه هجوم مضاد، وهكذا. ولكن عليك بدلاً من ذلك أن تدخل إلى واقع حل المشكلة، وأن تبحث عن

تلك السعادة غير الظاهرة التي يمكن أن يتضمنها الصراع، وحاول أن تنفس غضبك في الاضطراب وليس في الفرد ذاته.

19- ابحث بوجه عام عن ديناميات الضبط والسيطرة والخضوع أو الإذعان التي تقبع في خلفية معظم العلاقات، وابتعد عن تلك العلاقات التي تتضمن هذا الاضطراب.

20- ابتعد عن السلبية وتجنبها، وابتعد عن تلك العبارات التي يمكن أن تعكسها في حياتك أنت وشريكك.

21- استخدم المديح أو الثناء بكل حرية.

22- تعلم كيفية التحكم في المزاج، ولا تنس أن تلجأ إلى التوقع فهو وسيلة جيدة في هذا الإطار فإذا توقعت الإجابة غير المشجعة من قرينك عندما تقول له " صباح الخير يا حبيبي " فإنك لن تفكر مطلقاً في ما هو أبعد من الموقف، ولن تفكر في حدوث الطلاق بينهما على أثر ذلك.

23- اترك لأيكما بحسب براعته في التنظيم أن يتولى عملية تنظيم المنزل.

24- حاول أن تجعل كل منكما يفوز برضا الآخر.

25- لا تستخدم هذا الاضطراب على أنه عذر لك يبي أن تتصرف كما يحلو لك، بل العكس هو الصحيح حيث يجب أن يتحمل كل منكما مسئوليته عن أفعاله.

جدول (7-5) خمس وعشرون نصيحة للتغلب على أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط بين الزوجين

أهمية التدريب

يعتبر التدريب من الأساليب العلاجية التي يوصى باستخدامها مع هؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب. ويتضمن التدريب تعيين شخص محدد يمكن أن يعتمد الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب عليه في تلقي المساندة المطلوبة. وقد تم استخدام مصطلح "مدرب" coach نظراً لأنه يمكن النظر إلى هذا الشخص على أن يقف على الخطوط الجانبية ويضع صفارة حول رقبته يوجه اللاعب باستخدامها، كما يعمل على تشجيعه، وتذكيره بما ينبغي عليه أن يفعل أثناء المباراة. أما المدرب الذي يمكنه أن يكون معالجاً أو صديقاً فهو ذلك الشخص الذي يقضي يومياً ما بين عشر دقائق إلى خمس عشرة دقيقة في مساعدة ذلك الشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب على التركيز في تلك الأهداف التي يتم تحديدها. ويعمل المدرب على

توفير البنية اللازمة للتخطيط للأحداث والأنشطة التالية، ويقدم المديح أو الثناء اللازم للفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب وذلك عندما يتم إنجاز المهام المحددة من جانبه.

وعلى الرغم من أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط يمثل صراعاً يستمر مدى الحياة بالنسبة لمعظم الأفراد الذين يعانون من تلك الحالة فإنه إذا ما تم الدمج بين الإرشاد النفسي، والتربوي، والطبي فسوف يصبح بمقدور من يعانون من هذا الاضطراب أن يحققوا النجاح في تلك المهنة التي يختارونها لأنفسهم، وأن يحققوا التوافق الأسري. ونظراً لما يدركه غالبية المختصين في الوقت الراهن من أن مثل هذا الاضطراب غالباً ما يستمر خلال مرحلة الرشد فإن المزيد من الأبحاث التي سوف يتم إجراؤها في هذا الميدان سوف تركز على علاج ذلك الاضطراب عند الراشدين وهو الأمر الذي سيكون من الممكن أن تترتب عليه نظرة إيجابية لأولئك الراشدين الذين يعانون من هذا الاضطراب.

الخلاصة: Summary

تم اكتشاف اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط مع بداية منتصف القرن التاسع عشر على الرغم من أن مثل هذا المصطلح لم يظهر حتى قبل حوالي ما يزيد على مائة عام. وكانت أول حالات يتم تشخيصها على أنها كذلك لأطفال يتسمون بالاندفاعية والتململ أو نقص القدرة على ضبط السلوك. وقد أشار جورج ستيل G.Still في عام 1902 إلى أطفال يشبه سلوكهم ما نراه اليوم على أنه اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، ورأى أنهم يعانون من قصور في الضبط الأخلاقي، أو عدم القدرة على الابتعاد عن السلوكيات غير الملائمة. وكان يتم آنذاك النظر إلى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط على أنه في صورته الأولية ما هو إلا قصور في الكف السلوكي.

وقد تعرض المصطلح الدال على هذا الاضطراب للكثير من النقد حيث كان يتم استخدامه عادة للإشارة إلى أشخاص يتسمون بالكسل، والعناد، وعدم الدافعية للسلوك. ولم يتم التعامل مع هذا الاضطراب على أنه فئة مستقلة من فئات التربية الخاصة مثلها في ذلك كالتخلف العقلي أو صعوبات التعلم على سبيل المثال حيث تم تصنيفه من قبل وزارة التربية الأمريكية على أنه فئة يمكنها أن تحصل على خدمات التربية الخاصة في إطار فئة أخرى تعرف بفئة الإعاقات الصحية الأخرى.

وقد كشفت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الميدان فضلاً عن الملاحظات الإكلينيكية في هذا الشأن والتي جرت خلال تلك الفترة التي امتدت من منتصف القرن الماضي حتى الآن إلى وجود علاقة بين هذا الاضطراب وإصابات المخ وهو الأمر الذي يؤدي إلى ظهور تلك السلوكيات التي ترتبط بهذا الاضطراب، ثم بدأ المختصون بعد ذلك في استخدام مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة للدلالة على أولئك الأفراد الذين يتسمون بقصور الانتباه، أو الاندفاعية والنشاط المفرط، أو كليهما. ورغم محاولة البعض القيام بربط هذا الاضطراب بإصابات المخ فإن الدراسات الإكلينيكية المتعددة لم تكشف عن وجود تلف حقيقي بأنسجة المخ مما جعل تشخيص هذا الاضطراب يستمر في الاعتماد على الملاحظات السلوكية للأفراد مع التركيز على النشاط المفرط من جانبهم. هذا وقد برز في الثمانينيات من القرن الماضي مصطلح الطفل مفرط النشاط، ثم تلاه اهتمام أكبر بقصور الانتباه قياساً بفرط النشاط بالنسبة لتلك الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب.

ومن جانب آخر فإن غالبية المختصين يعتمدون في تشخيص هذا الاضطراب على ما ورد

في الدليل التشخيصي الرابع DSM- IV الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (1994) من محكات تشخيصية يتحدد في ضوئها ثلاثة أنماط للاضطراب هي:

1- نمط قصور الانتباه.

2- نمط النشاط المفرط/ الاندفاعية.

3- النمط المختلط.

وغني عن البيان أنه من الصعب تحديد معدلات انتشار دقيقة لهذا الاضطراب وذلك على الرغم مما قيل من أن نسبة انتشاره تتراوح بين 3-5% تقريباً من الأطفال في سن المدرسة حيث أنه في كثير من الأحيان يعد ذلك الاضطراب هو المسئول الأول عن تحويل العديد من الأطفال إلى العيادة النفسية للعلاج من اضطرابات السلوك. ومع ذلك فإن معدلات انتشاره بين البنين تفوق معدلات انتشاره بين البنات، وقد يرجع ذلك إلى أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للبنين أن تتم إحالتهم للعيادة بسبب سلوكهم العدواني، كما أن نسبة انتشاره تختلف من مجتمع إلى آخر.

ومن الجدير بالذكر أن تقييم الطفل على أنه يعاني من هذا الاضطراب أو لا يعاني منه إنما ينبغي له أن يتضمن ثلاثة مكونات أساسية هي :

1- الفحص الطبي؛ وذلك لتحديد أسباب أخرى لمشكلات السلوك من جانب الطفل.

2- المقابلة الإكلينيكية؛ وذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تتعلق بخصائص الطفل النفسية والجسمية

3- مقاييس تقدير للوالدين والمعلمين كوسيلة لتدعيم وتجويد الملاحظة.

هذا وقد أصدرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بعض الإرشادات اللازمة لمساعدة الأطباء في تشخيص حالات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. ومن أهم الأشياء المطلوب معرفتها في هذا الصدد ما يلي:

1- الأعراض الأساسية التي تظهر على الطفل.

2- عمره الزمني عند بداية ظهور مثل هه الأعراض.

3- مدة ظهورها.

4- درجة الخلل في الأداء الوظيفي التي تكون قد نجمت عن هذا الاضطراب.

وجدير بالذكر أن التطور التكنولوجي الذي شهده عقدا الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي والذي أسهم في استخدام أنماط متعددة وحديثة من الأشعة قد سمح للأطباء

بالوصول إلى تشخيص دقيق للأساس النيورولوجي لهذا الاضطراب وذلك من خلال الأساليب المختلفة للأشعة النيورولوجية. ومن هذا المنطلق فقد أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الميدان عن وجود شذوذ في ثلاث مناطق محددة بالمخ لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب هي كالتالي :

1- الفصوص الأمامية.

2- التكوينات العصبية القاعدية.

3- المخيخ.

وتعتبر الفصوص الأمامية والفصوص المخية الواقعة في مقدم التكوين الجبهي مسئولة عن الوظائف التنفيذية أي ما يعرف بالقدرة على تنظيم السلوك. أما التكوينات العصبية القاعدية والمخيخ فيعدان مسئولين عن التآزر وضبط السلوك الحركي. كذلك فقد كشفت نتائج البحوث عن وجود مستويات شاذة من الدوبامين كموصل عصبي لدى الأشخاص المضطربين حيث تكون تلك المستويات منخفضة جداً في القشرة المخية الأمامية مما يؤثر سلباً على الوظائف التنفيذية، وتكون مرتفعة جداً في التكوينات العصبية القاعدية مما يؤدي إلى حدوث النشاط المفرط والاندفاعية.

هذا وقد أوضحت نتائج الدراسات الأسرية، ودراسات التوائم، ودراسات التركيب الجزيئي الجيني أن الوراثة تعد سبباً رئيسياً لحدوث ذلك الاضطراب، كما يمثل التعرض للمواد السامة سبباً آخر وإن كان يقل في تأثيره عن الوراثة، ومن هذه المواد التعرض للرصاص، وإساءة استخدام الكحوليات والتبغ. وإلى جانب ذلك هناك سبب ثالث يتمثل في مجموعة العوامل الطبية أو الصحية كالتعقيدات التي تحدث أثناء الولادة، وانخفاض الوزن عند الولادة.

وفي حين تتمثل أهم الخصائص النفسية والسلوكية التي ترتبط بهذا الاضطراب في قصور الانتباه، والنشاط الحركي المفرط والاندفاعية فإن المشكلات الأساسية في هذا الاضطراب إنما تتمثل في عدم قدرة الفرد على كف السلوك أو تنظيمه. وفضلاً عن ذلك فإن الأطفال والمراهقين المضطربين إنما يخبرون أيضاً مشكلات في السلوك التكيفي وفي علاقاتهم مع الأقران حيث يعانون غالباً من العزلة الاجتماعية على الرغم من أنهم يرغبون في أن ينالوا حب الآخرين. كذلك فإن هذا الاضطراب عادة ما يتزامن مع بعض الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية الأخرى أو صعوبات التعلم.

وعادة ما تتضمن البرامج التربوية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال مكونين هامين هما:

1- تنظيم بنية الفصل وترتيبها.

2- التقييم الوظيفي والإدارة المشروطة للذات.

وكان أول من تحدث عن المكون الأول هو وليام كرويكشانك W. Cruickshank وإن كان ما نادى به تندر رؤيته في الفصل اليوم لأنه يصعب أن يتم تقديمه في فصول التعليم العام وهو المكان الذي يتعلم فيه غالبية هؤلاء الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. كما أن المعلمين يرون أن درجة ترتيب الفصل تعتبر هامة في المراحل الأولى فقط من التعامل مع هؤلاء الأطفال، ثم تقل تدريجياً حتى يتمكنوا من تحقيق الاستقلالية في تعلمهم. أما التقييم السلوكي الوظيفي لهؤلاء الأطفال على الجانب الآخر فيتضمن تحديد النتائج المترتبة، والأحداث المنشطة أو المثيرة، وتحديد تلك الأحداث التي يكون من شأنها أن تبقي على السلوكيات الملائمة من جانبهم. ولا يخفى علينا أن للتعزيز دوراً هاماً في حدوث التعلم من جانب هؤلاء الأطفال.

ويعتبر العلاج الطبي لهذا الاضطراب من أكثر الأمور الجدلية في التربية الخاصة، ويعتبر الريتالين هو أكثر العقارات استخداماً لذلك، ثم ظهر الأديرال كبديل له. وقد أكدت نتائج الدراسات التي أجريت حولهما فعالية كل منهما في الحد من أعراض هذا الاضطراب حيث يعملان على إثارة الدوبامين كموصل عصبي مما يهيئ الفرصة لقيام المخ بوظائفه التنفيذية والحركية بشكل عادي. أما الاستجابة لتلك العقاقير فتختلف من فرد إلى آخر، وبالتالي تختلف فعاليتها أيضاً. ومع ذلك فإن هناك بعض الآثار الجانبية التي تترتب عليها كالأرق، وفقد الشهية للطعام، وآلام المعدة. ورغم فعالية هذه العقاقير فإنها لا تعد دواء لكل مشكلات الطفل الأكاديمية والاجتماعية.

ويعتبر الكشف المبكر عن أعراض هذا الاضطراب صعباً نظراً لأنه يصعب التمييز بين أعراضه وبين تلك السلوكيات النمطية التي تصدر عن الأطفال الأصغر سناً. وفضلاً عن ذلك فإن أفضل برامج التدخل المبكر لم تثبت فعاليتها في الحد من تلك الأعراض مما يجعلنا في حاجة إلى استخدام برامج طويلة المدى. ومن ناحية أخرى فإن تشخيص هذا الاضطراب في مرحلة الرشد يمثل أمراً جدلياً لأنه من المعتقد أن أعراضه تقل في مرحلة المراهقة، وتختفي في مرحلة الرشد. ورغم عدم صحة ذلك يظل الاختبار الحقيقي هو التعرف على التاريخ المرضي للفرد منذ طفولته. وقد يكون من المحتمل بالنسبة لهؤلاء الراشدين المضطربين أن يكونوا أقل نجاحاً في العمل والزواج والرفاهية الاجتماعية عامة قياساً بأقرانهم العاديين وهو الأمر الذي يستوجب اللجوء إلى التدريب العلاجي من خلال مدرب يساعدهم على الاستمرار في التركيز على تحقيق الأهداف المطلوبة .

الفصل الثامن

8

الأطفال المضطربون سلوكيا أو انفعاليا

Learners with Emotional or Behavioral Disorders

مقدمة:

مما لاشك فيه أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً لا يتسمون كما يرى فارمر وآخرون (Farmer et. al(2001 فارمر(Farmer (2000 بالقدرة على تكوين واتخاذ الأصدقاء، وإنما نجدهم عادة ما يفشلون في إقامة علاقات انفعالية حميمة ومشبعة مع الآخرين، وقد يكون من الأسهل بالنسبة لهم أن يخفوا مشاعرهم، بينما نجد أنه إذا ما تمكن هؤلاء الأفراد من تكوين صداقات فإنها غالباً ما تكون مع الأقران المنحرفين.

ومن الطبيعي أن نجد أن بعض هؤلاء الأفراد ينسحبون من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، وأن هناك العديد من الأطفال والمراهقين الذين يحاولون أن ينضموا إليهم وأن يلحقوا بهم، إلا أن جهودهم عادة ما يغلفها الخوف وعدم الاهتمام. ويستمر هذا الرفض الهادئ من جانبهم في العديد من الحالات حتى يستسلم أولئك الأطفال ويكفوا عن محاولة اتخاذهم أصدقاء لهم، ويتركوا هذا الموضوع. ونظراً لأن العلاقات الانفعالية الحميمة تقام استناداً على الاستجابات الاجتماعية المتبادلة فإن الناس عادة ما يفقدون اهتمامهم بأولئك الأفراد الذين لا يستجيبون لتلك العروض الاجتماعية المقدمة لهم والتي يكون من الممكن بالنسبة لهم أن يقيموا من خلالها مثل هذه العلاقات.

ومن الجدير بالذكر أن العديد من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية والذين عادة ما ينعزلون عن الآخرين ليس بسبب انسحابهم من مختلف المواقف الودية فحسب، ولكن أيضاً نظراً لما يبدونه من عدائية تجاه هؤلاء الآخرين وعدوان عليهم إذ أنهم غالباً ما يتسمون بالعديد من السمات التي لا تشجع أحداً على التقرب منهم مطلقاً حيث نجدهم على سبيل المثال يتسمون بما يلي:

1- الأذى الجسدي.

2- التدمير.

3- عدم القدرة على التنبؤ بما سوف يفعلونه في المواقف المختلفة.

4- عدم المسئولية.

5- الدكتاتورية والميل إلى السيطرة.

6- الميل إلى الشجار وإثارة المشاكل.

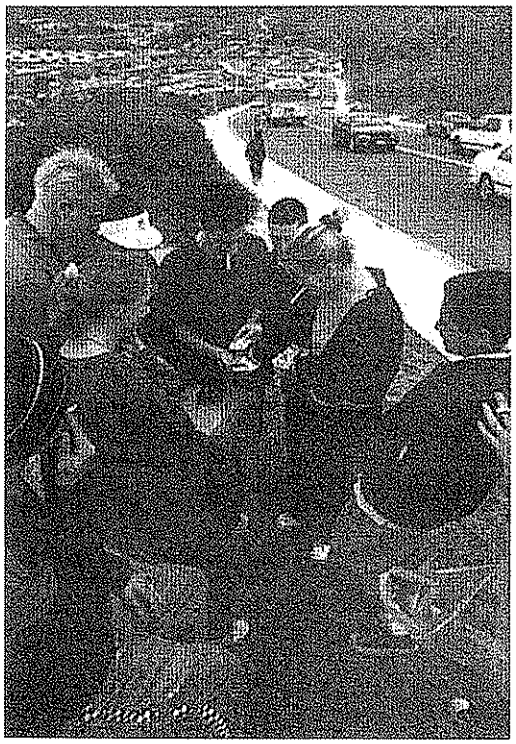
7- يمثلون مصدراً للضيق والقلق بالنسبة للآخرين.

8- الغيرة.

9- الانحراف.

10- غير ذلك من السمات المشابهة إلا أن يكونوا مصدراً للسرور والسعادة.

ومن الطبيعي أن نجد أن هؤلاء الآخرين بناء على ذلك يفضلون عدم قضاء أي وقت مع أطفال من هذا القبيل ما لم يكونوا مضطرين إلى ذلك في حين يميل أفراد آخرون منهم إلى اللجوء للأطفال الأصغر سناً الذين يبدون مثل هذه الخصائص. وليس من الغريب إذن أن نجد أن هؤلاء الأطفال والمراهقين عادة ما يبدون وكأنهم في معركة مستمرة مع كل شخص من حولهم مما يسهم بالتالي في تشكيل ردود فعل الآخرين تجاههم فينسحبون بعيداً عنهم حتى يتجنبوا تلك المعارك التي يحاول أن يفرضها هؤلاء الأفراد، وبالتالي يرفضونهم ويبتعدون عنهم وهو الأمر الذي يحرمهم من أي فرصة يمكن أن يتعلموا من خلالها كيف يتصرفون بشكل مقبول إذ أننا عادة ما نلاحظ في حالة الطفل المرفوض وذلك كما يشير إيالونجو وآخرون (Ialongo.al.(1998 et أن الوالدين والمعلمين والأقران ينسحبون بعيداً عنه مما يؤدي بالتالي إلى انخفاض معدل تلك الفرص التي تتاح أمامه للتعلم فضلاً عن انخفاض معدل تلك الفرص التي يمكن أن تتاح أمامه أيضاً كي يبرئ نفسه في أعين الوالدين والمعلمين والأقران.



يركز المنظور الأيكلوجي أو البيئي للاضطرابات السلوكية والانفعالية على تفاعل الطفل مع الجوانب السلبية في بيئته

ولكن من أين تبدأ المشكلة إذن؟ وهل تبدأ بتلك السلوكيات التي عادة ما تسبب الإحباط أو الغضب أو الإثارة للآخرين، أم أنها تبدأ بالبيئة الاجتماعية غير المريحة وغير المناسبة والتي تكون فيها الاستجابة الوحيدة المقبولة من الطفل هي الانسحاب أو الهجوم؟ والواقع أن البحوث التي يتم إجراؤها في الوقت الراهن لم تتمكن للأسف من الإجابة بشكل قاطع على مثل هذه التساؤلات، ومع ذلك فإن

أفضل طريقة في وقتنا الراهن للنظر إلى هذه المشكلة تتمثل في النظر إليها على أنها ليست في سلوك الطفل فحسب، ولا في البيئة فقط، بل إن مثل هذه المشكلة تظهر في الأساس نظراً لأن التفاعلات الاجتماعية المختلفة التي تحدث بين الطفل والبيئة الاجتماعية تعد غير مناسبة وهو ما يعتبر تفسيراً للمشكلة على أنها جانب سلبي في كل من الطفل والبيئة الاجتماعية التي يحيا فيها.

أما عن التربية الخاصة التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال فإنها كما يرى كوفمان Kauffman(2001) عادة ما تسبب أو تتعرض للخلط الخاطئ بين الأشياء إذ أن المصطلحات التي تستخدم في هذا المجال تتسم بعدم ثباتها فضلاً عن إساءة فهم التعريفات المقدمة. ومن جانب آخر يضيف كوفمان Kauffman (2001) وواكر وآخرون Walker et.al (1998) أن تصنيف المشكلات السلوكية للأطفال لم يظهر سوى مؤخراً فقط عندما كشفت نتائج البحوث في هذا الميدان عن ذلك. كما أن العدد الأكبر من النظريات والآراء التي تتعلق بتلك الأسباب التي تكمن خلف هذه الاضطرابات، وأفضل الأساليب التي يمكن أن تتبع في علاجها يجعل من الصعب القيام بتصنيف تلك المفاهيم ذات الأهمية في هذا المجال. ومن هذا المنطلق فإن دراسة هذا الجانب من التربية الخاصة يتطلب ما هو أكثر من الكم العادي من المثابرة والتفكير الناقد حيث أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً عادة ما يأتون بمشكلات اجتماعية تعد غاية في الصعوبة، ومع ذلك ينبغي على المجتمع أن يجد لها حلولاً مناسبة.

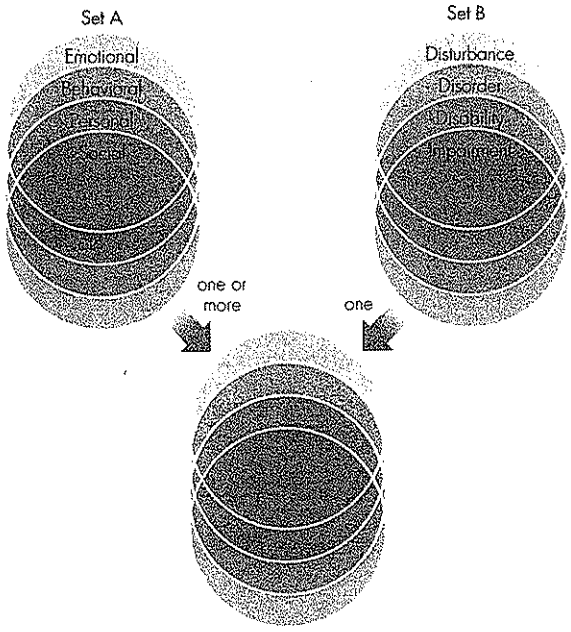
تحديد المصطلحات

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من المصطلحات المختلفة قد تم استخدامها لوصف أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات اجتماعية بين شخصية، وأخرى شخصية حادة، أو أي منهما. وتتضمن هذه المصطلحات ما يلي:

- الإعاقة الانفعالية.
- الإعاقة السلوكية.
- الإعاقة الانفعالية السلوكية.
- الصراع الانفعالي.
- مشكلات التوافق الشخصي والاجتماعي.
- الاضطراب السلوكي الخطير.

ومن المعروف أن مثل هذه المصطلحات لا تدل على أنماط من الاضطرابات تختلف تماماً

عن بعضها البعض، أي أنها لا تشير إلى أنماط من الأطفال والمراهقين يختلفون عن بعضهم البعض بشكل واضح، ولكن هذه المصطلحات بدلاً من ذلك تمثل تفضيلات شخصية للمصطلحات، وربما بعض التوجهات النظرية المختلفة نسبياً. وهذا يعني أن مثل هذه المصطلحات إنما تعبر في الغالب عن نفس الشيء، بمعنى أن المصطلحات تختلف والاضطراب واحد. ومن ثم فنحن نرى أن تلك المصطلحات التي يتم استخدامها في هذا الصدد تعتبر متغيرة مما يسبب التشويش لمن يحاول أن يتعامل مع هؤلاء الأطفال والمراهقين، وأن يعمل على تقديم الخدمات المختلفة لهم والتي يكون من شأنها أن تحد من تلك المشكلات التي تصدر عنهم حيث أن بإمكاننا على سبيل المثال أن نحدد عمودين أ، ب وأن نختار أي كلمة من أحدهما مع أي كلمة من الآخر وذلك لتشكيل مصطلح معين، وسنجد أنها سوف تدل في النهاية على نفس الاضطراب. وبالتالي يمكننا بعد ذلك أن نضيف له صفة معينة مثل "خطير " أو " شديد " أو ما إلى ذلك. هذا ويضم العمود الأول عدة صفات هي: (انفعالي- اجتماعي- سلوكي- شخصي)، بينما يضم العمود الثاني أسماء مثل (اضطراب أو تعكير- اضطراب- سوء توافق- عقبة أو عائق- إعاقة) وذلك مع بعض المرادفات الإنجليزية المستخدمة كما يتضح مما يلي:



شكل (8-1) الارتباطات المحتملة للمصطلحات اختر مصطلح او اكثر من المجموعة A من مصطلح أخر من المجموعة B

وغني عن البيان أن المصطلح الذي ظل يستخدم حتى عام 1997 في القوانين والتنظيمات الفيدرالية للتربية الخاصة قد تمثل في (الاضطراب الانفعالي الخطير)-seriously emotion disturbed ally ثم أسقطت كلمة " الخطير" كصفة كانت تستخدم وذلك في التعديل الذي طرأ على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA عام 1997 ليصبح المصطلح كما يستخدم في الوقت الراهن هو الاضطراب الانفعاليdisturbance emotional مع أن البعض يرون أن هذا المصطلح يعد غير مناسب وهو الأمر الذي دفع بهم إلى توجيه النقد إليه. أما الاضطراب السلوكي disorder behavior على الجانب الآخر فقد اشتقت تسميته كذلك من مركز الأطفال المضطربين سلوكياً Council for Children with Behavioral Disorders الذي يعد قسماً من مركز الأطفال غير العاديين Council for Exceptional Children ويهتم بالتركيز على ذلك الجانب الظاهر من مشكلات هؤلاء الأطفال. ويرى معظم المختصين أن هؤلاء الأطفال إما أن يعانوا من الاضطرابات الانفعالية، أو الاضطرابات السلوكية، أو كليهما.

وفي عام 1990 اجتمع ممثلون من المعهد القومي للصحة النفسية، وائتلاف التربية الخاصة، وممثلو أكثر من ثلاثين جمعية أهلية ومهنية واقترحوا استخدام مصطلح جديد هو "الاضطراب الانفعالي أو السلوكي" emotional or behavior disorder ليحل محل المصطلح السابق في القوانين والتنظيمات الفيدرالية والذي كان يعرف بالاضطراب الانفعالي. ومن الواضح الآن أن الاضطراب الانفعالي أو السلوكي قد أضحى هو المصطلح الذي يلقى قبولاً عاماً في هذا المجال على الرغم من تلك التغيرات التي تنتاب القوانين أو التنظيمات الفيدرالية أو على مستوى كل ولاية والتي قد تتسم ببطء معدل حدوثها.

تعريف الاضطراب

من الجدير بالذكر أن تعريف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية كما يشير لاندروم وكوفمان (2003)Landrum& Kauffman وفورنيس وكافيل (1997) Forness & Kavale قد ظل يمثل مشكلة منذ البداية مما حدا بالجمعيات المهنية والخبراء إلى تقديم بعض التعريفات الفردية التي تخدم أو تحقق أهدافاً مهنية خاصة بهم. ويمكننا لبعض الأسباب العملية أن نقرر أن الفرد سوف يعد من أولئك الذين يعانون من اضطراب سلوكي أو انفعالي إذا ما أقر أحد الراشدين المختصين بذلك. ومع هذا فلم يتم حتى وقت قريب تقديم تعريف محدد يمكن فهمه وقبوله من جانب الغالبية العظمى من المختصين.

بعض المشكلات التي تتعلق بتعريف الاضطراب

هناك أسباب صادقة وحقيقية تعد هي المسئولة في واقع الأمر عن عدم حدوث اتفاق يتعلق

بتعريف ذلك الاضطراب حيث أن تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية يشبه إلى حد ما تعريف تلك الخبرة التي يألفها الفرد كالغضب أو الوحدة أو السعادة على سبيل المثال. فإذا كنا جميعاً ندرك مثل هذه الخبرات فإن الأمر لن يكون بهذه البساطة إذا ما أردنا أن نضع تعريفاً موضوعياً لكل منها حيث هناك في الواقع مجموعة من العوامل تجعل من الصعب الوصول إلى تعريف جيد للاضطرابات الانفعالية والسلوكية تتمثل فيما يلي:

1- عدم وجود تعريفات محددة ودقيقة لكل من الصحة النفسية والسلوك العادي.

2- وجود فروق بين النماذج التصورية المختلفة.

3- وجود صعوبات عديدة في قياس الانفعالات والسلوك.

4- وجود علاقات عديدة بين الاضطراب الانفعالي أو السلوكي والاضطرابات الأخرى.

5- وجود فروق بين المختصين الذين يقومون بتشخيص الأطفال والمراهقين وتقديم الخدمات المختلفة لهم.

وإذا ما عدنا إلى كل عامل من هذه العوامل التي عرضنا لها للتو أو إلى كل مشكلة منها فإننا سوف نجد بطبيعة الحال أنه من الصعب علينا أن نضع تعريفاً محدداً ودقيقاً للصحة النفسية أو للسلوك العادي وهو الأمر الذي يجعل من تعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي تحدياً لنا. كذلك فإن المختصين الذين يتعاملون مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية يسترشدون في الواقع بمجموعة من النماذج التصورية والتي قد تتمثل في بعض الافتراضات أو النظريات حول تلك الأسباب التي تدفع مختلف الأفراد إلى أن يسلكوا وفق هذه الكيفية أو تلك التي يبدو عليها سلوكهم، والتي تدور أيضاً حول ما يجب علينا أن نفعل تجاه ذلك وهو الأمر الذي قد يتضمن عرضاً لأفكار متصارعة حول نفس المشكلة، وبالتالي فإن المختصين الذين يتبنون نماذج تصورية مختلفة يمكن أن يعرفوا الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية من خلال استخدام تعريفات تختلف تماماً عن بعضها البعض. وإذا كان القياس يعد بمثابة مسألة أساسية بالنسبة لأي تعريف فإن الانفعالات والسلوك التي تعد هي أساس الاضطراب في هذه الحالة يصعب تماماً قياسها مما يجعل من الصعب الوصول في هذا الإطار إلى تعريف محدد ودقيق، ومن ثم فإن ذلك يفسح المجال أمام الأحكام الذاتية حتى في ظل وجود أفضل الأساليب لقياس الانفعالات والسلوك.

ومن ناحية أخرى فإن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية تميل إلى أن تتفاعل بدرجة كبيرة مع غيرها من الاضطرابات الأخرى وخاصة صعوبات التعلم والتخلف العقلي، وبالتالي

يصبح من الصعب تعريف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية كإعاقات أو اضطرابات تستقل تماماً عن الاضطرابات الأخرى. وأخيراً فإن كل جمعية مهنية لديها أسبابها الخاصة التي تكمن خلف قيامها بتقديم الخدمات المختلفة لأولئك الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية حيث نجد على سبيل المثال أن لكل من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، والأخصائيين النفسيين بالمدارس، والأخصائيين الاجتماعيين، والمعلمين، والمختصين بمحاكم الأحداث اهتماماتهم ولغتهم الخاصة. ومن المعروف أن الفروق في الجوانب المختلفة للتركيز ووجهته من جانب أصحاب المهن المختلفة يؤدي إلى حدوث فروق واختلافات في التعريف أيضاً.

التعريفات الراهنة

على الرغم من اختلاف المصطلحات المستخدمة واختلاف التركيز النسبي على نقاط معينة وذلك من تعريف إلى آخر فإنه من الممكن أن نستنبط العديد من السمات العامة التي تميز التعريفات الراهنة حيث هناك اتفاق عام على أن الاضطراب السلوكي أو الانفعالي يشير إلى أشياء محددة على النحو التالي:

1- سلوك يصل إلى حد التطرف أو إلى حالته الطرفية بمعنى أنه لا يختلف بشكل طفيف عن السلوك العادي، بل إنه يختلف عنه في الواقع بشكل كبير.

2- وجود مشكلة مزمنة بمعنى أنها لن تختفي بسرعة تحت أي ظروف.

3- سلوك غير مقبول وفقاً للتوقعات الثقافية أو الاجتماعية المختلفة لتلك الجماعة الاجتماعية التي ينتمي الفرد إليها.

ومن التعريفات التي يجب أن نضعها في اعتبارنا وأن نوليها اهتمامنا ذلك التعريف المتضمن في تلك التنظيمات والقوانين الفيدرالية التي تتحكم في قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA حيث يعرف الاضطراب الانفعالي وفق هذه التنظيمات والقوانين كما يلي:

أولاً: أن هذا المصطلح يعني أنه يعد بمثابة حالة تظهر خلالها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية وذلك على مدى فترة زمنية طويلة، وإلى حد واضح مما يؤثر سلباً على الأداء التربوي للفرد. وتتمثل تلك الخصائص فيما يلي:

1- عدم القدرة على التعلم مع عدم إمكانية تفسير ذلك عن طريق العوامل العقلية أو الحسية أو الصحية.

2- عدم القدرة على إقامة علاقات مشبعة مع الأقران والمعلمين أو الحفاظ على تلك العلاقات.

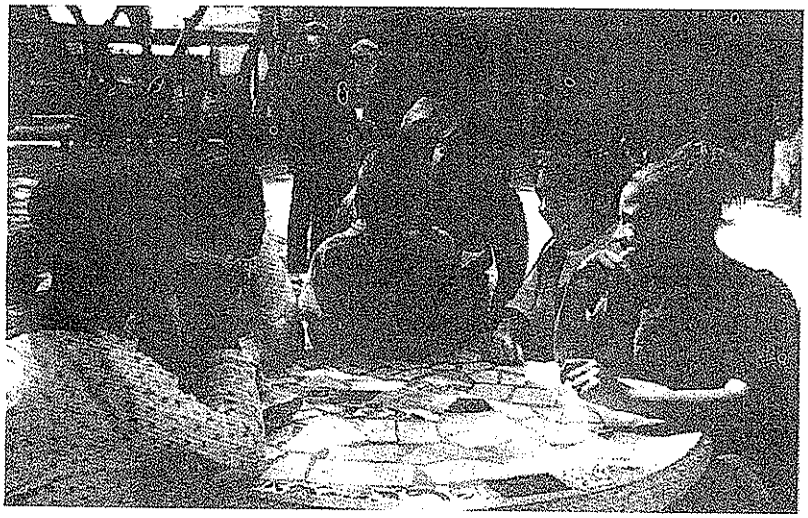
3- صدور أنماط غير مناسبة من السلوكيات أو المشاعر في الظروف أو الأحوال العادية.

4- مزاج عام تسيطر عليه التعاسة والحزن أو الاكتئاب.

5- الميل إلى تطوير أعراض جسمية أو مخاوف ترتبط بالمشكلات الشخصية أو المدرسية.

ثانياً : يتضمن هذا المصطلح أولئك الأطفال الفصاميين، ولا يتضمن أولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التوافق الاجتماعي ما لم يتم تحديدهم على أنهم مضطربون انفعالياً.

هذا وقد تمت صياغة التعريف الفيدرالي بعد أن اقترحه باور (1981) Bower وإن كان تعريف باورBower لا يتضمن البند " ثانياً " الذي يتضمنه التعريف الفيدرالي، أي أن هذا البند قد تمت إضافته إلى التعريف المذكور. ويعتبر الحذف والإضافة بذلك كما يرى باور (1982) Bower وكوفمان (2005a) Kauffman غير ضروري في هذا الإطار حيث من الواضح أن المحكات الخمسة التي أوردها باورBower للاضطراب الانفعالي تدل على أن هذا التعريف يتضمن بالضرورة الأطفال الفصاميين، كما أنه لا يمكننا في ضوئه أن نستبعد أولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التوافق الاجتماعي. وفضلاً عن ذلك فإن تلك الجملة التي تحدد أن مثل هذه الخصائص تؤثر سلباً على الأداء التربوي للفرد تجعل من غير الممكن أن نقوم بتفسير هذا التعريف ما لم نقم أولاً بتحديد معنى الأداء التربوي. وهنا يجب أن نتساءل عما إذا كان الأداء التربوي يشير إلى مجرد الأداء الأكاديمي فقط أي التحصيل دون سواه أم لا حيث أنه إذا كان يشير إلى التحصيل فقط فإن أولئك التلاميذ الذين يتسمون بخصائص أخرى، ولكن تحصيلهم الأكاديمي يكون في مستوى صفهم الدراسي سوف يتم استبعادهم على الفور بناء على هذا التعريف، أو سوف يتم استبعادهم من التعريف.



وغني عن البيان أن هذا التعريف الفيدرالي قد تعرض في السنوات الأخيرة للنقد الشديد مما دفع الحكومة الفيدرالية إلى إصدار أمر رسمي أكثر من مرة بدراسة هذا التعريف. ويتمثل أحد الجوانب الجدلية في هذا التعريف والذي أثار الكثير من النقد في استبعاده لأولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التوافق الاجتماعي ولكنهم ليسوا مضطربين انفعالياً مع أن سوء التوافق الاجتماعي كاضطراب سلوكي يتضمن السلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الفوضوي، والسلوك العدواني. كما أنه يمثل من جانب آخر أكثر أنماط هذا الاضطراب شيوعاً بين الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً أو سلوكياً. كذلك فقد لاحظ كلاين (1990) Cline أن استبعاد أولئك التلاميذ الذين يعانون من الاضطراب السلوكي لا يتفق مع تاريخ قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات. وإضافة إلى ذلك يرى كوستنبادر وبونتاين (1999)Costenbader & Buntaine أن الجمعية الأمريكية لعلم النفس Association Psychological American ومركز الأطفال المضطربين سلوكياً CCBD قد أدانا مثل هذه الممارسات التي لا تستند في الواقع على أي أساس عملي. ومع ذلك فنحن نرى أن السنوات القادمة سوف تشهد استمراراً للجدل حول استبعاد أولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التوافق الاجتماعي.

ومن ناحية أخرى يشير فورنيس ونيتزر (1992) Forness & Knitzer إلى أن هناك تعريف آخر له أهميته في هذا الصدد اقترحه ائتلاف الصحة النفسية القومية والتربية الخاصة وذلك كما يلي:

أولاً: أن مصطلح الاضطراب الانفعالي أو السلوكي يعني وجود إعاقة تتسم باستجابات انفعالية أو سلوكية من جانب الطفل في المدرسة تختلف تماماً عن تلك المعايير التي تتناسب مع عمره الزمني وثقافته وجماعته العرقية وذلك إلى الدرجة التي تجعلها تؤثر سلباً على أدائه التربوي. ويتضمن الأداء التربوي من هذا المنطلق المهارات الأكاديمية، والاجتماعية، والمهنية، والشخصية. وتتسم مثل هذه الإعاقة بما يلي:

1- أنها ليست مجرد استجابة مؤقتة متوقعة للأحداث الضاغطة في البيئة.

2- أنها تظهر بشكل ثابت في موقفين مختلفين يرتبط أحدهما على الأقل بالمدرسة.

3- أنها لا تستجيب لذلك التدخل المباشر الذي يتم في التعليم العام، ولا تتسم بالحساسية له، أو أن تلك التدخلات التي تتم في التعليم العام لا تعد كافية بالنسبة لحالة الطفل أي أنه يحتاج بذلك إلى خدمات التربية الخاصة.

ثانياً : أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية يمكن أن تتزامن مع غيرها من الإعاقات الأخرى.

ثالثاً : أن هذه الفئة يجب أن تتضمن أولئك الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات فصاميةdisorders schizophrenic، أو اضطراب وجداني affective، أو اضطراب القلق، أو أي اضطرابات أخرى ترتبط بالسلوك أو التوافق يمكن أن تؤثر على الأداء التربوي عند توفر المحكات الخاصة بالبند " أولاً " .

هذا ويعمل الائتلاف في سبيل الوصول إلى تعريف مقترح ومصطلحات يتم استخدامها في إطار التنظيمات والقوانين الفيدرالية، وتقوم الولايات المختلفة بتطبيقها والأخذ بها أيضاً. وهناك عدد من المزايا التي تميز هذا التعريف المقترح عن التعريف الفيدرالي من أهمها ما يلي:

1- أنه يستخدم مصطلحات تعكس تفضيلات واهتمامات مهنية سائدة تعمل على الحد من الوصم.

2- أنه يتضمن اضطرابات انفعالية وأخرى سلوكية، ويحدد أنهما يمكن أن يحدثا معاً، أو يحدث كل منهما مستقلاً عن الآخر.

3- أنه يركز على المواقف المدرسية ولكنه مع ذلك لا يغفل أهمية ما يحدث من اضطرابات خارج نطاق المدرسة.

4- أنه يتسم بالحساسية للفروق الثقافية والعرقية.

5- أنه لا يتضمن المشكلات الصغيرة أو الانتقالية أو الاستجابات العادية للضغوط.

6- أنه يعترف بأهمية تلك المقابلات التي تتم قبل إحالة الطفل إلى العيادة النفسية ولكنها لا تتطلب تطبيقها بشكل يتسم بالتقليد أو المحاكاة في الحالات الطرفية أو المتطرفة.

7- أنه يعترف بإمكانية أن يعاني الأطفال والمراهقين من إعاقات متعددة.

8- أنه يتضمن ذلك المدى الكلي للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية موضع الاهتمام من جانب المختصين في الصحة النفسية والتربية الخاصة دون استبعاد عشوائي لأي منها.

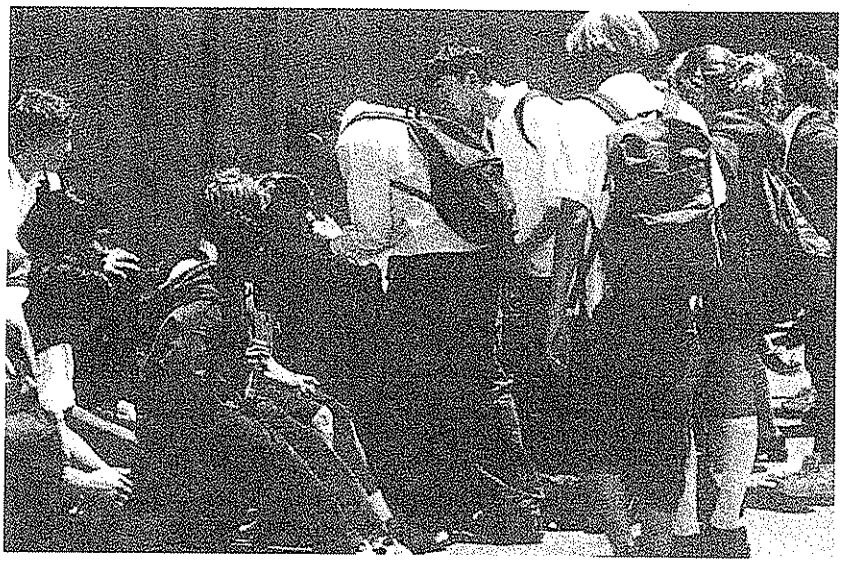
التصنيف: Classification

نظراً لأن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية تتضح من خلال العديد من الأساليب فإنه يبدو من المنطقي أن نتوقع أن يتم تجميع الأفراد المضطربين في فئات فرعية وفقاً لأنماط المشكلات التي يعانون منها. ومع ذلك لا يوجد للآن أي نسق معين مقبول عالمياً يتم في ضوئه تصنيف الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية في إطار التربية الخاصة. أما أنساق التصنيفات الطبية النفسية المتبعة فقد تعرضت للنقد الشديد على مدى عدة عقود حيث أن الفئات

التشخيصية المعتادة على سبيل المثال والتي حددتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي ليس لها سوى مغزى ضئيل جداً بالنسبة للمعلمين. ومن ثم فقد أوصى العديد من الأخصائيين النفسيين والمعلمين بالاعتماد بدرجة أكبر على القياس الفردي لسلوك الطفل والعوامل الموقفية المؤثرة فيه في مقابل تلك التصنيفات التشخيصية التي يستخدمها الأطباء.

ومن جانب آخر يذهب ريتشاردسون وآخرون (1995) Richardson.al.et وأكينباتش (1985) Achenbach إلى أن هناك بديلاً للتصنيفات الطبية النفسية يمكن استخدامه في هذا الصدد يتمثل في استخدام التحليلات الإحصائية للخصائص السلوكية حتى يتم التوصل إلى مجموعات أو أبعاد للسلوك المضطرب. ويمكن للباحثين باستخدام مثل هذه الإجراءات الإحصائية المعقدة البحث عن أنماط سلوكية تميز الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية. ويمكن للباحثين عن طريق مثل هذه الأساليب أن يصلوا إلى فئات وصفية أقل عرضة للتحيز أو عدم الثبات وذلك قياساً بتلك التصنيفات الطبية النفسية التقليدية.

هذا ويميز العلماء بين بعدين عامين للسلوك المضطرب هما البعد التجسيدي الخارجي ex-ternalizing والبعد الداخلي أو المستدخل. internalizing وفي حين يتضمن السلوك التجسيدي الخارجي الهجوم على الآخرين وإلحاق الأذى بهم أي أنه يكون بذلك موجهاً إلى خارج الفرد فإن السلوك المستدخل على الجانب الآخر يتضمن الصراعات الانفعالية أو العقلية مثل الاكتئاب والقلق ويكون بذلك موجهاً إلى داخل الفرد. ومع أن بعض الباحثين قد توصلوا إلى وجود مزيد من الاضطرابات النوعية فإنها جميعاً تتضمن نفس البعدين الأساسيين للسلوك. ويرى تانكرسلي ولاندروم (1997)Tankersley& Landrum أنه إذا كان بإمكان بعض الأفراد أن يظهروا سلوكيات تتعلق بكلا البعدين فإن هذا لا يعني مطلقاً أنه يتم استبعاد البعدين بالتبادل بالنسبة لهم. فقد يظهر أحد الأطفال أو المراهقين العديد من تلك السلوكيات التي ترتبط بالمشكلات الداخلية أو المستدخلة كقصر مدى الانتباه، أو ضعف التآزر مثلاً إلى جانب العديد من السلوكيات التي ترتبط بالمشكلات التجسيدية الخارجية أيضاً كالتشاجر، أو السلوك الفوضوي، أو مضايقة الآخرين على سبيل المثال. وتعرف مثل هذه الحالة بأنها تزامن comorbidity أي حدوث الحالتين معاً لدى نفس الفرد في ذات الوقت وهو أمر غير مستبعد في تلك الحالة. وإلى جانب ذلك فإن العديد من الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الانفعالي أو السلوكي قد يظهرون نمطاً واحداً فقط من السلوك اللاتكيفي. وتؤكد الحكومة الفيدرالية كما تشير وزارة التربية الأمريكية (2000) أن حوالي ثلث الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية يعانون في ذات الوقت من إعاقة أخرى أيضاً.



يعرف الباحثون البعد الخارجي في السلوك المضطرب على أنه موجه ضد الغير

وفضلاً عن ذلك فإنه يمكن للأطفال أن يظهروا أنماطاً سلوكية معينة بدرجات متفاوتة من الحدة أو الشدة بمعنى أن أياً من نمطي السلوك يمكن أن يظهر لدى أي طفل منهم بدرجة أعلى أو أقل من غيره، وقد يمتد مدى حدة الاضطراب من العادي إلى الشديد حيث قد يبدي أحد الأشخاص على سبيل المثال اضطراباً سلوكياً شديداً يتمثل في إحدى المشكلات التجسيدية الخارجية externalizing والتي إما أن تكون سلوكاً علنياً صريحاًovert كالسلوك العدواني أو الفوضوي، أو تكون سلوكاً خفياً covert مضاد للمجتمع كالسرقة أو الكذب أو إشعال الحرائق في حين قد يبدي غيره اضطراباً سلوكياً أقل في حدته.

ومن الجدير بالذكر أن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية الشديدة تتضمن تلك الحالات الطرفية لأي مشكلة تجسيدية خارجية أو أخرى مستدخلة، أي أنها بذلك تضم جانبي السلوك الخارجي والداخلي بحيث يكون أحدهما فقط هو السائد لدى الفرد مع أن هناك بعض الحالات التي يجمع الفرد فيها بين هذين الجانبين في ذات الوقت. فالأفراد الذين يعانون من الفصام يكون لديهم كما يرى أسارناو وآخرون Asarnow al.et(1994) اضطراب شديد في التفكير، وقد يعتقدون أن هناك قوى خارجية أو غريبة تسيطر عليهم، أو تكون لديهم بعض الهلاوس أو الضلالات. كما أن مشاعرهم وانفعالاتهم لا تتناسب مع المواقف الفعلية المختلفة، ويفضلون الانسحاب إلى عالمهم الخاص. أما بالنسبة لفصام الطفولة فإنه يعد

بمثابة اضطراب عادة ما يبدأ بعد فترة نمو طبيعي خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ويمكن تمييزه عن اضطراب التوحد autism .

أو اضطرابات طيف التوحدautistic spectrum disorders هو ما سنناقشه في الفصل الحادي عشر وذلك في العديد من الأشياء وهو الأمر الذي يمكن لنا أن نعرض له بشكل مختصر وذلك على النحو التالي:

1- أن الأشخاص الفصاميين عادة ما تكون لديهم ضلالات في صورة أفكار غريبة أو شاذة إلى جانب هلاوس فيسمعون أو يرون أشياء متخيلة بينما لا يحدث ذلك بالنسبة للأطفال التوحديين.

2- أن الأطفال الفصاميين يتعرضون لنوبات ذهانية تتخللها فترات يبدو فيها السلوك قريباً من الطبيعي في حين تبدو على الأطفال التوحديين أعراضاً مرضية أكثر ثباتاً.

3- أن حوالي 25% تقريباً من الأطفال التوحديين يتعرضون لنوبات صرعية بينما يكون من النادر بالنسبة للأطفال الفصاميين أن يتعرضوا لنوبات من هذا القبيل.

وباختصار فإن الغموض الذي يكتنف التعريف الفيدرالي للاضطراب الانفعالي قد أدى إلى الجدل المستمر فيما يتعلق بتلك التصنيفات التي يجب أن يتضمنها التعريف أو تتضمنها هذه الفئة حتى يتم تقديم خدمات التربية الخاصة لها. أما أفضل تعريفات الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية وأكثرها فائدة كما يشير كل من كولينان وإبشتاين (2001) Cullinan Epstein وجريشام وآخرين (2001) Gresham.al.et وتانكرسلي ولاندروم Tankersley& Landrum(1997) فهو ذلك التعريف الذي يعرض لبعدي السلوك التجسيدي الخارجي والداخلي أو المستدخل. ومن المحتمل بالنسبة للطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب أن يعاني كذلك من مشكلات متعددة في نفس الوقت وهو الأمر الذي يدل على حدوث تزامن مرضي في هذا الإطار.

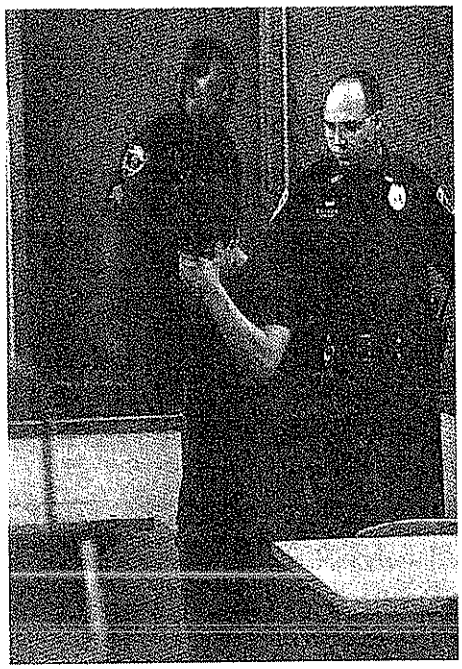
معدل انتشار الاضطراب Prevalence

تتباين معدلات انتشار الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية بين الأطفال والمراهقين بشكل كبير نظراً لعدم وجود معيار أو تعريف ثابت أو أداة فرز وتصفية يمكن استخدامها في هذا الإطار. وقد حددت الحكومة الفيدرالية لعقود طويلة أن حوالي 2% تقريباً من الأطفال في سن المدرسة مضطربين انفعالياً، وكانت هذه النسبة ثابتة إلى حد كبير للغاية. ومع ذلك فقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات في هذا الصدد سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من دول العالم كما يرى كوفمان (2001)Kauffman وكوستيللو وآخرون (1998)

Costello.al.et عن نتائج مغزاها أن ما بين حوالي 6-10% تقريباً على الأقل من الأطفال والمراهقين في سن المدرسة يبدون العديد من المشكلات الانفعالية أو السلوكية الثابتة والخطيرة. وعلى الرغم من ذلك فإن حوالي 1% فقط من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية وفقاً لما تشير إليه وزارة التربية الأمريكية (2000) قد تم تنشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً وذلك في سبيل تحقيق أهداف معينة للتربية الخاصة. وفضلاً عن ذلك فإن هناك تقريراً عن الصحة النفسية للأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية أصدره مكتب الصحة والخدمات الإنسانية US Dep Of Health and Human Services.(2001) يوضح أن نسبة ضئيلة للغاية من أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية خطيرة يتلقون خدمات الصحة النفسية.

وتتمثل أكثر أنماط المشكلات شيوعاً التي يظهرها أولئك الأطفال الذين تم تسكينهم في التربية الخاصة بسبب الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية كما يرى كازدين (1997) Kazdin وتالبيت وكالاهان (1997) Talbett& Callahan في النمط التجسيدي الخارجي للسلوك أي السلوك العدواني والسلوك الفوضوي. كذلك فمن المعروف أن أعداد البنين تزداد كثيراً عن أعداد البنات حيث تصل النسبة بينهما 5:1وربما أكثر من ذلك. وبوجه عام يميل البنون بشكل أكثر إلى العدوان، واضطراب السلوك قياساً بالبنات بالرغم من أن السلوك المضاد للمجتمع لدى البنات يعد ذا شأن متزايد.

ويمثل جناح الأحداثjuvenile delinquency والسلوك المضاد للمجتمع والذين يعرفان بالاضطراب السلوكي مشكلات خاصة في تقدير معدل الانتشار حيث يمثل المراهقون الجانحون كما يشير ميلر (1997) Miller نسبة لا بأس بها من المجتمع، كما أنه يتم إحالة حوالي 3% تقريباً من المراهقين الأمريكيين سنوياً إلى محاكم الأحداث، وأن الذكور الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي يمثلون العدد الأكبر منهم. كذلك فهناك أعداد كبيرة أخرى من الأطفال والمراهقين الذين يرتكبون سلوكيات خطيرة مضادة للمجتمع، ولكن لم يتم القبض عليهم أو حتى التبليغ عنهم، وبالتالي لم تتم إحالتهم سواء إلى المستشفيات والعيادات النفسية أو إلى محاكم الأحداث. وعلى ذلك فإن البعض كما يرى كوستنبادر وبونتاين (1999)Costenbader & Buntaine قد طرح وجهات نظر تنادي بأن يتم اعتبار كل الجانحين الأحداث فضلاً عن أولئك الأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع مضطربين انفعالياً أو سلوكياً في حين يرى البعض الآخر أن معظم المراهقين الذين يرتكبون سلوكيات متعددة مضادة للمجتمع إنما هم في الغالب يعانون من سوء التوافق الاجتماعي وليسوا من المضطربين انفعالياً، ومع ذلك لا يمكننا في الواقع أن نميز سوء التوافق الاجتماعي عن



الاضطراب الانفعالي. إلا أن مثل هؤلاء الأطفال والمراهقين لا يعدون في الواقع مضطربين انفعالياً إنما هم مضطربون سلوكياً حيث أن النمط الخارجي للسلوك هو الذي يمثل اضطراباً من جانبهم.

وفي واقع الأمر فإن الظروف المعوقة ذات الأنواع المتعددة تعتبر أكثر شيوعاً بين الجانحين الأحداث قياساً بأقرانهم العاديين في المجتمع. ومن الواضح أن التكاليف الاجتماعية والاقتصادية التي يتكبدها المجتمع بسبب الجنوح والسلوك المضاد للمجتمع تعد كبيرة للغاية كما يرى كازدين (1997، Kazdin (1995 وواكر وفورنيس وآخرون (al.et Walker, Forness(1998. وواكر وكافانوف وآخرون (Walkere,Kavanaugh.et al.(1998وواكر وآخرون(Walker.al.et (1995. حيث يرتكب المراهقون الذكور في المجتمع الأمريكي نسبة كبيرة من الجرائم العنيفة والخطيرة. وإضافة إلى ذلك فإن من يرتكب سلوكيات مضادة للمجتمع يعد عرضة بدرجة كبيرة للفشل في المدرسة إلى غير ذلك من الآثار أو النتائج السلبية الأخرى التي يمكن أن تترتب على ذلك. وإذا لم تتناول المدارس المشكلات التربوية للجانحين ومن يأتون بالسلوكيات المضادة للمجتمع وتعمل على حلها فإن تلك الأعداد التي سوف تتلقى خدمات التربية الخاصة بسبب هذا الاضطراب سوف تتعرض بطبيعة الحال لزيادة هائلة.

الأسباب المؤدية للاضطراب Causes

من الجدير بالذكر أن الأسباب التي تكمن خلف الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية يمكن أن نقوم بعزوها إلى أربعة عوامل أساسية على النحو التالي:

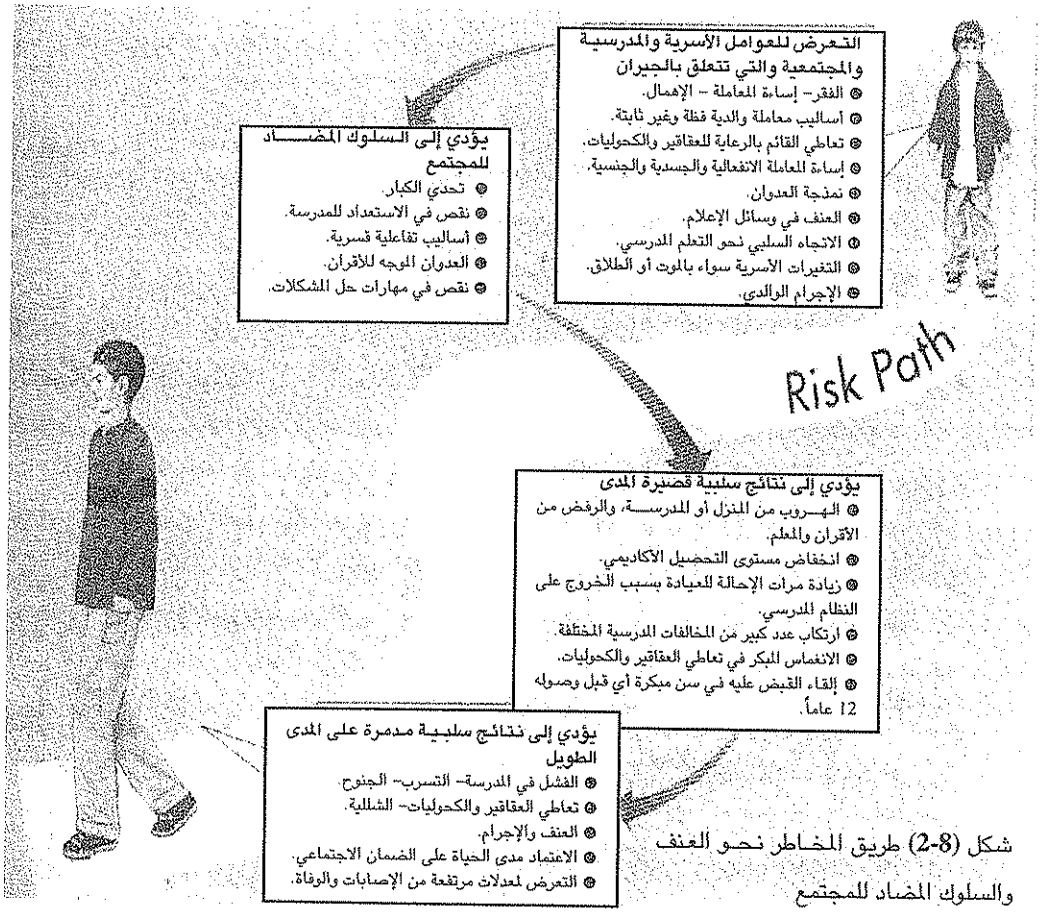
1- العوامل البيولوجية؛ الأمراض والاضطرابات البيولوجية.

2- العوامل الأسرية؛ العلاقات الأسرية الباثولوجية.

3- العوامل المدرسية؛ الخبرات المدرسية غير المرغوبة.

4- العوامل الثقافية؛ المؤثرات الثقافية السلبية.

وعلى الرغم من عدم وجود دليل إمبيريقي قاطع في أغلب الأحيان على أن أياً من هذه العوامل يعد هو المسئول المباشر عن الاضطراب لدى معظم الحالات فإن بعض هذه العوامل يمكن أن يوفر لدى الطفل الاستعداد لحدوث المشكلة السلوكية، وأن غيرها من العوامل يمكن أن تثير تلك المشكلة. وهذا يعني أن بعض العوامل كالوراثة تؤثر في السلوك على المدى الطويل، وتزيد من احتمال قيام مجموعة من الظروف بإثارة تلك الاستجابات اللاتكيفية. وهناك عوامل أخرى كرؤية أحد الوالدين مثلاً وهو يضرب الوالد الآخر قد يكون لها أثر فوري وقد تثير الاستجابات اللاتكيفية لدى ذلك الفرد الذي يكون لديه بالفعل استعداد للمشكلة السلوكية. ويعرض الشكل التالي لتلك العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب السلوكي، وكيفية تطوره عن طريق مثل هذه العوامل ومن خلالها حيث يؤدي عامل معين إلى استجابة لاتكيفية معينة، وتؤدي هذه الاستجابة اللاتكيفية بدورها إلى استجابة أخرى مماثلة، وهكذا حتى يحدث الاضطراب.



شكل (8-2) طريق المخاطر نحو العنف والسلوك المضاد للمجتمع

وهناك مفهوم آخر له أهميته في كل النظريات التي ظهرت في هذا الإطار يتمثل في العوامل المساهمة factors contributing والتي تزيد من مخاطر التعرض للاضطراب حيث من المستحيل أن نجد سبباً وحيداً يؤدي بشكل مباشر إلى حدوث الاضطراب أي يكون هو المسئول بمفرده عن حدوثه، بل يجب أن تسهم مجموعة من العوامل مع بعضها البعض في تطور المشكلة. ومع ذلك فإننا نتساءل مع كل حالة كما يرى كازدين (1997) Kazdin عن تلك الأسباب التي تكون قد أدت بها إلى الاضطراب ولكننا لا نجد في الواقع إجابة قاطعة لذلك السؤال نظراً لأننا لا نعرف ذلك مع أننا غالباً ما نعرف تلك العوامل التي تعرض الطفل للخطر أي الظروف والحالات التي تزيد من فرص تطور الاضطراب من جانبه. ويوضح الشكل السابق كيف تتجمع العوامل المساعدة معاً كي تعرض الأطفال والمراهقين لمخاطر القيام بالعنف والسلوك المضاد للمجتمع والذي غالباً ما نسميه الاضطراب السلوكي وهو ما يعد بمثابة أكثر المشكلات الانفعالية السلوكية شيوعاً بين المراهقين.

العوامل البيولوجية

من المعروف أن كلاً من السلوكيات والانفعالات يمكن أن تتأثر بالعوامل الوراثية، أو النيورولوجية (العصبية)، أو الكيميائية العضوية، biochemical أو بكل هذه العوامل معاً حيث أننا في الواقع نجد أن هناك علاقة بين الجسم والسلوك. وسوف يبدو من المعقول أن نبحث عن عامل سببي بيولوجي من نوع معين يعد مسئولاً عن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية، أو يسهم في حدوثها. وفي هذا الإطار فنحن نعلم على سبيل المثال أن التعرض قبل الولادي للكحوليات يمكن أن يسهم في حدوث عدة أنماط من الإعاقة من بينها الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية. ومع ذلك يظل من النادر جداً أن نثبت وجود علاقة بين سبب بيولوجي محدد واضطراب انفعالي أو سلوكي.

وفي واقع الأمر فإننا لا نستطيع أن نتوقع مع العديد من الباحثين أمثال تشارلوب-كريستي وآخرين (1997) Charlop-Christy et. al.وهاريس (1995) Harris وأسارناو وآخرين(1994) Asarnow et. al وجود عوامل بيولوجية معينة لدى العديد من الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً تعد هي المسئولة عما يأتون به من سلوكيات مختلفة، كما أن هناك على الجانب الآخر العديد من الأطفال العاديين من الناحية السلوكية يعانون من أوجه قصور بيولوجية خطيرة. وعلى ذلك فلا يوجد بالنسبة لغالبية الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً أي دليل حقيقي على وجود عوامل بيولوجية تعد بمفردها هي سبب ما يبدونه من مشكلات. أما بالنسبة لمن يعانون من اضطرابات شديدة أو حادة فهناك أدلة على أن العوامل البيولوجية تسهم في تطور حالاتهم أو اضطراباتهم. وفضلاً عن ذلك يرى فورنيس وكافيل

Forness& Kavale(2001) أن هناك أدلة متعددة على أن العلاج الطبي له أهميته في التصدي لتلك المشكلات التي يبديها غالبية هؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً وذلك اذا ما قاموا بتعاطي جرعات دوائية معينة أو محددة يقرها الطبيب .

وجدير بالذكر أن كل الأطفال يولدون ولديهم أسلوب سلوكي معين يتحدد بيولوجياً أو ما يعرف بالطبع والمزاج. وعلى الرغم من أن الحالات المزاجية الولادية للأطفال قد تتغير تأثراً بذلك الأسلوب الذي تتم تنشئتهم به فإن البعض يعتقد أن أولئك الأطفال ذوي الحالات المزاجية الصعبة أو من يتسمون بصعوبة المراس أي يكون من الصعب مراسهم يكون لديهم في الواقع الاستعداد لتطوير اضطرابات انفعالية أو سلوكية. ومع ذلك فلا توجد هناك علاقة تطابق أي واحد إلى واحد بين الحالة المزاجية والاضطراب، فقد نحسن معاملة الطفل صعب المراس أو نسيء على الجانب الآخر معاملة الطفل سهل المراس فتكون النتائج بالتالي مختلفة تماماً عما نكون قد توقعناه على أساس الأسلوب السلوكي المبدئي. وهناك عوامل بيولوجية أخرى بجانب الحالة المزاجية يمكن أن تلعب دوراً في هذا الصدد هي المرض، وسوء التغذية، والصدمات الدماغية على سبيل المثال، وكلها بلا شك يمكنها أن تجعل لدى الطفل الاستعداد لتطوير مشكلات انفعالية أو سلوكية. كذلك فإن إساءة استخدام المواد يمكن أن تسهم هي الأخرى في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية. ومع ذلك فليس من المحتمل باستثناء بعض الحالات النادرة كما يرى كوفمان Kauffman (2001) أن نحدد أن مثل هذه العوامل تعتبر أسباباً مباشرة في حدوث المشكلات السلوكية.

وكما هو الحال بالنسبة للتخلف العقلي فإنه غالباً ما توجد هناك أدلة على وجود سبب بيولوجي يعد هو المسئول عن الاضطراب لدى أولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقة شديدة أو حادة. كما أن الأطفال الفصاميين كثيراً ما تبدو عليهم- وليس دائماً- مؤشرات على وجود أوجه قصور نيورولوجية وهو ما يدل كما كشفت نتائج الدراسات في هذا المجال على أن العوامل الجينية تسهم في حدوث الفصام رغم أن ذلك الدور الذي تلعبه عوامل بيولوجية محددة لا يزال في الغالب يمثل سراً حتى وإن كان الاضطراب شديداً، بل إنه قد أضحى من المقبول على نطاق واسع في الوقت الراهن أن الفصام ما هو إلا اضطراب في المخ وإن كانت طبيعة هذه المشكلة الموجودة في المخ، والأسباب التي تكمن خلفها لا تزال غير معروفة.

ومع تعقد البحوث البيولوجية والسيكلوجية يتضح أن العوامل البيولوجية ترسي الأساس للعديد من الاضطرابات التي كان يعتقد على نطاق واسع في الماضي أنها ترجع إلى التفاعلات الاجتماعية والتي يعتبر الفصام هو أحد الأمثلة الدالة عليها. وهناك مثال آخر يتمثل في متلازمة أعراض توريت Tourette التي تتسم باللزمات الحركية المتعددة كالحركات

التكرارية والنمطية، واللزمات اللفظية كأن يقوم الفرد بإحداث ضوضاء غريبة أو يتحدث بكلمات أو عبارات غير مناسبة. وعلى الرغم من أننا ندرك الآن أن كلاً من الفصام، واضطراب توريت، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، وبعض أشكال من الاكتئاب، والعديد من الاضطرابات الأخرى يرجع السبب في حدوثها كلياً أو جزئياً إلى المخ، أو إلى الاختلالات الوظيفية الكيميائية العضوية (البيوكيميائية) فإنه يظل فهمنا لهذه العوامل السببية البيولوجية ضعيفاً أو غير مناسب حيث أننا لا نعرف على وجه الدقة كيف يمكن للعوامل الجينية، أو النيورولوجية، أو العوامل البيوكيميائية الأخرى أن تسهم في حدوث مثل هذه الاضطرابات، كما أننا لا نعلم أيضاً كيف يمكننا أن نصحح المشكلات البيوكيميائية المتضمنة في مثل هذه الاضطرابات.

ومع ذلك يظل من المهم أن نتذكر أربع نقاط هامة حول الأسباب البيولوجية يمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

1- أن حقيقة وجود أسباب بيولوجية للاضطرابات لا تعني مطلقاً أن مثل هذه الاضطرابات ليست انفعالية أو سلوكية. وإذا ما كان هناك بجانب ذلك سبب بدني للاضطراب الانفعالي أو السلوكي فإن سوء الأداء الوظيفي البيولوجي يعد مشكلة نظراً لما يحدثه من اضطراب في انفعالات الفرد أو سلوكه.

2- نادراً ما تكون تلك الأسباب التي تكمن خلف الاضطراب على وجه الحصر بيولوجية أو سيكلوجية حيث أنه بمجرد أن يبدأ الاضطراب البيولوجي فإنه دائماً ما يسبب مشكلات سيكلوجية تسهم بدورها في حدوث الاضطراب الانفعالي أو السلوكي أيضاً.

3- أن العلاج الطبي أو البيولوجي للاضطراب نادراً ما يكون كافياً لحل المشكلة. وإذا ما كان العلاج الطبي ذات أهمية بالغة في هذا الصدد فإنه نادراً ما يكون هو التدخل الوحيد الذي نحتاج إليه أو يتطلبه الموقف إذ يجب أن نتطرق إلى الجوانب النفسية والاجتماعية للاضطراب وأن نتناولها هي الأخرى.

4- أن المداخل البيولوجية أو الطبية أحياناً ما تكون عديمة الفائدة أو ذات فائدة محدودة، كما أن التدخلات الأولية ينبغي أن تكون سيكلوجية أو سلوكية حتى وإن كنا نعلم أن هناك سبباً بيولوجياً يعد هو الأساس فيه. وإذا كان للعلاج الطبي أهميته فإنه لن يكون بنفس الفاعلية لكل الحالات، كما أن هناك رغم ذلك بعض الاضطرابات لا نعلم لها حتى الآن علاجاً طبياً فعالاً.

العوامل الأسرية

يرى أخصائيو الصحة النفسية أن المشكلات السلوكية تنبع في الأساس من تلك العلاقات التي تنشأ بين الوالد والطفل نظراً لأن الأسرة النووية family nuclear التي تضم فقط الأب والأم والأطفال لها تأثيرها الشديد على النمو المبكر. ويعتقد بعض المؤيدين للتحليل النفسي أن كل مشكلات الأطفال الشديدة إنما تنبع من تلك التفاعلات السلبية المبكرة بين الأم والطفل، كما أنها ترجع إليها أيضاً.

ومع ذلك فإن نتائج البحوث الإمبيريقية التي أجريت على العلاقات الأسرية توضح أن تأثير الوالدين على الأطفال ليس هيناً، وأن الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يمكن أن يكون لهم تأثيرهم على والديهم بما يوازي تأثير والديهم عليهم. ومن الواضح كما يرى باترسون وآخرون Patterson et.al (1992). أن التأثيرات الأسرية في هذا الصدد تعد تفاعلية في أساسها، وأن الآثار التي يتركها الوالدان والأطفال على بعضهما البعض تعد تبادلية. ومن غير المحتمل حتى في حالات الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية الشديدة كما يرى كوفمان Kauffman (2001) أن نجد هناك نتائج بحثية صادقة وثابتة تسمح لنا بإلقاء اللوم من جراء المشكلات السلوكية للطفل على والديه في المقام الأول.

وجدير بالذكر أن النتائج المترتبة على ذلك النظام الوالدي كما يرى كازدين (1997) Kazdin لا تعتمد على أساليب معينة يستخدمها الوالدان فحسب، بل تعتمد أيضاً على تلك الخصائص المميزة للطفل. ومن الصعب أن نقوم بتعميم تلك الآثار التي يمكن أن يؤدي إليها ذلك النظام الذي يفرضه الوالدان حيث هناك كما أوضح بيكرBecker منذ عام 1964 مسارات محتملة متعددة يمكن للوالد من خلالها أن يصبح والداً فاضلاً وهي تلك المسارات التي تتباين وفقاً لشخصية كل من الوالدين والأطفال إلى جانب ما تتضمنه البيئة من ضغوط ينبغي عليهم أن يسايرونها. ومع ذلك فإن الحساسية لحاجات الأطفال، والأساليب التي يوجهها الحب والتي تستخدم في سبيل التعامل مع سوء السلوك، والتدعيم الإيجابي الذي يتمثل في الانتباه والمديح أو الثناء للسلوك الملائم يميل بما لا يدع مجالاً للشك إلى تدعيم ذلك السلوك المرغوب لدى الأطفال. كذلك فمن الواضح كما يرى ريتمان وجروس Reitman& Gross(1995) أن الوالدين الذين يتسمان باللين والتسامح والتساهل في التعامل مع أطفالهما ولكنهما يتسمان في ذات الوقت بالعدائية، والرفض، والقسوة، وعدم الثبات في التعامل مع سوء السلوك يكون من المحتمل أن يصبح أطفالهما عدوانيين وجانحين على أثر ذلك . أما البيوت المتصدعة وغير المنظمة على الجانب الآخر والتي يكون للوالدين نفسيهما سجلاً لإلقاء القبض عليهما من جانب الشرطة، أو أنهما يتسمان بالعنف يكون من

المحتمل بالنسبة لهما أن يؤدي ذلك من جانبهما بالأطفال إلى الجنوح، ونقص الكفاءة الاجتماعية.

وعند مناقشة الأثر المركب لكل من الوراثة والبيئة على التطور السلوكي حذر بلومين Plomin (1989) من افتراض أن البيئة الأسرية سوف تجعل الأخوة متشابهين حيث أن التأثيرات البيئية لا تعمل مع الأساس الأسري، ولكنها تقوم بذلك على أساس فردي حيث يختلف التأثير من فرد إلى آخر، ولا يقع التأثير بذلك على الأسرة كوحدة واحدة. وبذلك فعلى الرغم من معرفتنا بأن بعض أنماط البيئات الأسرية كتلك التي تتسم بالتعسف، أو الإهمال، أو الرفض، أو عدم الثبات على سبيل المثال تعد ذات أثر مدمر فإننا يجب أن نتذكر أيضاً أن كل طفل سوف يخبر العلاقات الأسرية بطريقته الفريدة، وسوف يتعامل معها بنفس الطريقة.

هذا وقد قدمت هاريس Harris (1995) نظريتها عن التنشئة الاجتماعية الجماعية group socialization مقترحة خلالها أن دور الوالدين في نمو شخصية الأطفال أو سلوكهم الاجتماعي يعد محدوداً. وقد أدى شيوع هذه النظرية بالعديد من عامة الناس إلى الاعتقاد بأن البيئة الأسرية لها تأثير ضئيل على النمو الاجتماعي للطفل، وأن جماعة الرفاق تعد بمثابة العامل الأساسي في عملية التنشئة الاجتماعية. ورغم أن دور الأقران في التنشئة الاجتماعية وفي تطور الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية تعد على درجة كبيرة من الأهمية كما يرى فارمر وآخرون Farmer. et. al (2001). فإن نتائج بعض البحوث الأخرى تؤكد أن الوالدين والأسرة يمكن أن يكون لهم تأثير سببي دال في حدوث بعض الاضطرابات.

وينبغي أن يعي المربون أن معظم آباء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يريدون من هؤلاء الأطفال أن يسلكوا بشكل أكثر ملاءمة، كما أنهم من جانب آخر يكونوا مستعدين لفعل أي شيء يكون من شأنه أن يساعد أطفالهم على تجاوز مثل هذه المشكلات. وعلى ذلك فإن مثل هؤلاء الآباء يعدون في حاجة إلى أن نقدم لهم العديد من مصادر الدعم المختلفة تساعدهم على التعامل مع ظروفهم الأسرية الصعبة للغاية، وليس تقديم اللوم أو النقد إليهم على أثر ذلك. هذا وقد تأسس الاتحاد الفيدرالي الأسري للصحة النفسية للأطفال Federa-tion of Families for Children's Mental Heath عام 1989 للمساعدة في تقديم تلك المساندة، وتوفير مثل هذه المصادر اللازمة لذلك مع تقديم المساعدة من جانب الآباء لبعضهم البعض في سبيل توفير مصادر إضافية لنفس الغرض.

ومع ذلك فنحن نعلم أن بمقدور الآباء أن يسهموا في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية لأطفالهم وذلك من خلال أساليب عدة أشار إليها شو وآخرون Shaw(2001) et.al كتلك الأساليب غير الملائمة للتنشئة الاجتماعية التي يمكن لهم أن يقوموا باتباعها كتلك

التي تقوم على التعسف، أو الإهمال، أو التذبذب وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث مشكلات سلوكية من جانب الأبناء منذ طفولتهم المبكرة، وغير ذلك من المشكلات المتعددة التي غالباً ما تنتج عن العديد من العوامل المساعدة على ذلك والتي يبدأ تأثيرها منذ مرحلة المهد. كذلك فمن المحتمل جداً كما يرى بولجر وباترسون (2001) Bolger& Patterson أن يؤدي سوء المعاملة المزمنة للأطفال الصغار إلى السلوك العدواني من جانبهم، وإلى رفض الأقران لهم.

العوامل المدرسية

مما لا شك فيه أن بعض الأطفال يعانون بالفعل حال التحاقهم بالمدرسة من اضطرابات انفعالية أو سلوكية رغم أن مثل هذه الاضطرابات تتطور خلال سنوات المدرسة وهو ما قد يرجع في جانب منه إلى ما يخبرونه داخل الفصل ذاته من خبرات مدمرة. وعلى الرغم من ذلك فإن أولئك الأطفال الذين يبدون مثل هذه الاضطرابات عند التحاقهم بالمدرسة قد تتحسن حالاتهم، وقد تسوء وفقاً لتلك الطريقة التي يتم بها ترويضهم في الفصل حيث تعتبر الخبرات المدرسية دون شك ذات أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال ولكننا مع ذلك لا نستطيع أن نبرر تلك الكيفية التي يمكن لمثل هذه الخبرات بموجبها أن تسهم في تطور مشكلات الطفل السلوكية، أو الحد منها وهو نفس ما نواجهه عند الحديث عن أثر كل من العوامل البيولوجية والأسرية في هذا الصدد. فقد تتفاعل الحالة المزاجية للطفل وكفاءته الاجتماعية مع تلك السلوكيات التي يصدرها زملاؤه بالفصل ومعلموه فتتأثر مشكلاته الانفعالية أو السلوكية بذلك سلباً أو إيجاباً. كذلك فعندما يلتحق طفل صعب المراس بالمدرسة وهو يفتقر إلى المهارات الأكاديمية والاجتماعية فإنه يصبح من المحتمل بالنسبة له كما يرى مارتن (1992) Martin أن يتلقى استجابات سلبية من أقرانه ومعلميه على حد سواء.

وهناك خطر حقيقي من أن يجد الطفل نفسه وهو يقع في دوامة التفاعلات السلبية والتي تتزايد خلالها إثارته لأقرانه ومعلميه من ناحية وإثارتهم له من ناحية أخرى. ومن هذا المنطلق فإن المدرسة يمكن أن تسهم في تطور وزيادة المشكلات الانفعالية بطرق متعددة حيث قد يفتقر المعلمون على سبيل المثال للحساسية لتفرد الطفل، وقد يطلبون منه مثلاً أن يلتزم بالقواعد المدرسية وما يتبع في المدرسة من أساليب روتينية دون أدنى تفكير من جانبه. وقد يكون للمعلمين من جانب آخر وذلك كالآباء تماماً توقعات مرتفعة جداً أو منخفضة جداً من الطفل تتعلق بتحصيله الأكاديمي أو سلوكه عامة، وبالتالي فإنهم قد ينقلون إليه عندما يخيب آمالهم فكرة أنه لا يتسم بالكفاءة، أو أنه غير مرغوب فيه.

ومن ناحية أخرى يرى كوفمان وآخرون Kauffman et.al (2002) وكوفمان (2001) Kauffman أن النظام السائد في المدرسة قد يتسم بالتساهل الشديد، أو الصرامة الشديدة، أو عدم الثبات، وقد يتعلم التلميذ في المدرسة تنمية تلك المهارات التي لا يعد في حاجة حقيقية أو حتى متخيلة لها. وقد تكون البيئة المدرسية من ذلك النوع الذي يكافئ التلميذ سيئ السلوك وذلك بتسليط الأضواء عليه، أو إعطائه اهتمام خاص حتى وإن كان مثل هذا الاهتمام على هيئة نقد أو عقاب في حين يتم تجاهل الطفل حسن السلوك. وأخيراً فقد يمثل المعلمون والأقران نماذج لسوء السلوك مما يدفع الطفل إلى السلوك السيئ تقليداً لما يقومون به.

وإذا ما تفكرنا في تلك الكيفية التي يمكن أن يسهم بها المعلمون في حدوث السلوك المضطرب من جانب الطفل فإننا نرى اتفاقاً مع كوفمان وآخرين Kauffmane et.al (2002) وشتاين ودافيز Stein& Davis (2000) أنه ينبغي على المعلمين أن يقوموا بتوجيه بعض الأسئلة لأنفسهم تتعلق بما يقدمونه للطفل من تعليم أكاديمي، وما يتوقعونه منه، وما يتبعونه من مداخل مختلفة في سبيل إدارة سلوك الطفل وتوجيهه الوجهة السليمة. كذلك فإنهم ينبغي أن يقوموا من جانب آخر بتقديم اللوم على ذلك السلوك المضطرب الذي قد يأتي الطفل به والذي قد لا يكون لهم أنفسهم دور في حدوثه. وباختصار فإن عليهم أن يعملوا على الحد من حدوث أي أثر من جانبهم يمكن أن يسهم في حدوث سوء السلوك من جانب الطفل.

العوامل الثقافية

يدخل كل من الأطفال والأسر والمداخل المتبعة جميعاً في إطار الثقافة التي يمكن أن تؤثر على الأطفال أو تترك أثراً كبيراً عليهم في أي اتجاه. وإذا ما تركنا الأسرة والمدرسة بمعزل عن هذا الأمر حيث أننا قد تناولنا كلاً منهما من قبل فإننا سنجد هناك العديد من الظروف البيئية التي يمكن لها أن تؤثر على ما يتوقعه الراشدون من الأطفال، وما يتوقعه الأطفال من أنفسهم ومن أقرانهم. فالقيم ومعايير السلوك تنتقل إلى الأطفال عن طريق العديد من الظروف الثقافية، والحاجات، وأساليب الكف، والنماذج المقدمة وهو الأمر الذي يعني وجود العديد من المؤثرات الثقافية المختلفة التي يمكن أن يكون لها أثر كبير في هذا الصدد يذكرنا بذلك. ومن هذه المؤثرات على سبيل المثال ما يلي:

1- مستوى العنف الذي تعرض له وسائل الإعلام وخاصة التليفزيون والصور المتحركة.

2- استخدام الإرهاب كوسيلة للقسر أو الإجبار.

3- التساهل في الحصول على العقاقير الطبية، واستخدامها لأغراض ترفيهية وهو ما يرتبط بمستوى إساءة استخدام العقاقير.

4- تغيير المعايير التي ترتبط بالسلوك الجنسي.

5- المعايير الدينية والقيود التي تفرض على السلوك.

6- الخوف من الحرب النووية وما يتعلق بها من كوارث.

ومن ناحية أخرى يرى كل من فارمر وآخرين Farmer et.al (2001) وفارمر Farmer (2000) وهاريس Harris (1995) أن الأقران يعدون بمثابة مصدر آخر هام من مصادر التأثير الثقافي وخاصة بعد أن يصل الطفل إلى الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية أي بداية من مرحلة الطفولة المتوسطة. ومما لا شك فيه أن تلك الثقافة التي ينشأ الطفل فيها تؤثر على نموه الانفعالي والاجتماعي والسلوكي وهو الأمر الذي تكشف عنه دراسات الحالة لتلك الثقافات سريعة التغير. وهناك من الدراسات الأخرى ما تؤكد نتائجها على وجود أثر لتلك المؤثرات الثقافية على كل من القلق، والاكتئاب، والعدوان لدى هؤلاء الأطفال. كما أن مستوى العنف الذي يعرض له التليفزيون والسينما يعتبر بالفعل عاملاً مساعداً يسهم في زيادة مستوى العنف في المجتمع الأمريكي بشكل عام.

وغني عن البيان أن تلك الظروف الثقافية المتغيرة التي تشهدها الولايات المتحدة الأمريكية قد تجعل لدى الأطفال استعداداً لتطوير الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية إلى جانب مجموعة أخرى من الظروف المعوقة. كما قد تدفع من جانب آخر إلى التشخيص الخاطئ لهؤلاء الأطفال على أنهم يعانون من تلك الاضطرابات. ومن أهم هذه التغيرات التي نتناولها في مثل هذه النقطة ما يلي:

1- زيادة أعداد الأطفال الذين يعانون من الفقر.

2- زيادة أعداد الأطفال الذين يولدون لأمهات من المراهقات.

3- زيادة أعداد الأطفال الذين يولدون لأمهات تنغمسن في إساءة استخدام المواد.

4- انحسار الخدمات الطبية والاجتماعية التي يتم تقديمها للأطفال الفقراء وأسرهم.

ومن هنا يمكننا أن نقرر أننا نعيش في عصر يتسم بوجود قدر كبير جداً من الوفرة وبحبوحة العيش لبعض الأمريكيين، وهو في ذات الوقت عصر يتسم بالزيادة المطردة والسريعة للفقر وما يمكن أن يرتبط به من مشكلات. هذا وقد أدى إهمال مشكلات الأطفال الفقراء وأسرهم بالبعض كما يشير إيدلمان Edelman (2001) إلى أن يتشككوا في مدى صحة ورفاهية الأطفال في المجتمع الأمريكي. وفضلاً عن ذلك فإن الزيادة الكبيرة في التنوع العرقي التي تشهدها معظم المجتمعات المحلية في الولايات المتحدة قد تسهم بدرجة كبيرة في

حدوث التشخيص الخاطئ للاختلافات والفروق الثقافية فيتم النظر إليها على أنها اضطرابات سلوكية.

وإلى جانب ذلك فإن إساءة الاستخدام abuse أو إساءة المعاملة كما يحلو للبعض أن يسميها، والأشكال الأخرى من الصدمات الحادة يمكن أن تسهم بشكل دال في حدوث الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لمعظم الأطفال بالمجتمع في الوقت الراهن. كذلك فإن التحيز العرقي أو التفرقة العنصرية معروفة بجذورها العميقة في المجتمع الأمريكي وبدورها الذي تلعبه في إيداع عدد كبير من الذكور الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي في السجون حتى حال ارتكابهم للمخالفات البسيطة. ويشير ميلر (1997) Miller إلى أن التركيز على إيداع مثل هؤلاء المراهقين السجن وعقابهم خاصة عند ارتكابهم لمخالفات بسيطة نسبياً إلى جانب نقص الفرص الاقتصادية والتربوية المتاحة أمامهم إنما يسهم بدرجة كبيرة في زيادة ظروفهم المعيشية القاسية التي يكون من شأنها أن تسهم في حدوث الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية والجنوح.

وبذلك يتضح لنا أن المؤثرات الثقافية يمكنها أن تؤثر على تلك الكيفية التي يسلك الأطفال بموجبها في المدرسة، كما تؤثر أيضاً على طريقة تشخيص تلك الاضطرابات لديهم بحيث يمكن أن نعتبرهم مضطربين انفعالياً أو سلوكياً، ويمكن من ناحية أخرى ألا نعتبرهم كذلك. إلا أننا حينما ننظر إلى الثقافة على أنها تعد بمثابة سبب في ذلك فإننا يجب ألا نغفل عن تلك الآثار التفاعلية التي يمكن أن تحدث في هذا الإطار. كذلك فإن المدرسة والأسرة تؤثران على الثقافة، ولا تعتبران مطلقاً في ذات الوقت نتاجاً لها. وإلى جانب ذلك فإن التعدد الثقافي له أهمية قصوى في هذا الصدد وهو ما أشرنا إليه في الفصل الثالث. وفي ضوء ذلك فإن النظر إلى العوامل الثقافية على أنها تسبب الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية أو أن لها دوراً أساسياً في ذلك يتطلب منا ألا نقوم بتفسير السلوك المعياري وفقاً لثقافة معينة سواء كانت مثل هذه الثقافة عامة أو فرعية وخصوصاً إذا ما كانت تلك الثقافة فرعية، وألا ننظر إليه على أنه مضطرب.

تحديد وتشخيص الاضطراب Jdentificayion

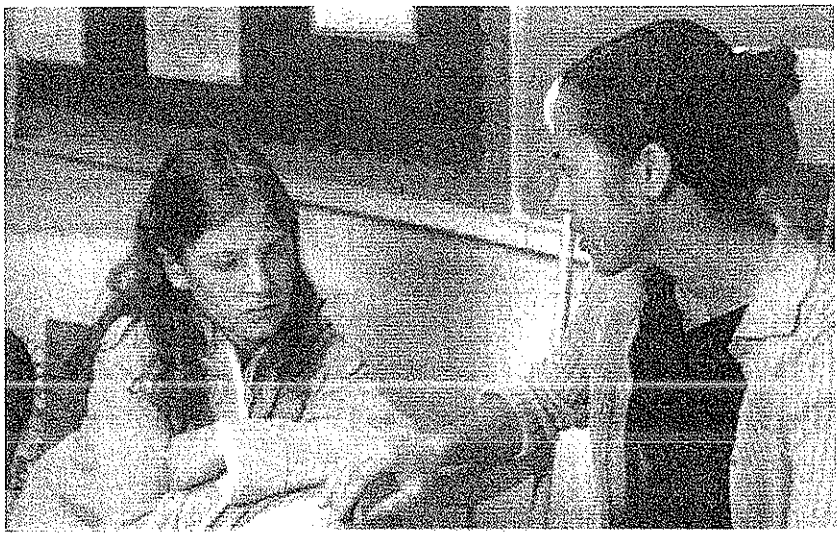
من الأسهل بالنسبة لنا أن نقوم بتحديد وتشخيص السلوكيات المضطربة عن أن نقوم بتحديد أنماطها وأسبابها، وتصنيفها في ضوء ذلك. وإذا كان معظم التلاميذ المضطربين انفعالياً أو سلوكياً لا يغيبون مطلقاً عن ناظر المعلم وملاحظاته، وبالتالي فسوف لن يتمكنوا من مضايقة أي فرد فإنه عادة ما يكون من السهل على المعلمين ذوي الخبرة أن يحددوا متى

يحتاج الطفل إلى المساعدة. ومع أن المعلمين غالباً ما يفشلون في تقدير جوانب القوة لدى الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يظل من المهم أن يتضمن تقييم أولئك الأطفال تحديد جوانب القوة المميزة لهم وعدم الاقتصار فقط على تحديد نواحي القصور أو جوانب الضعف التي يعانون منها.

ويعتبر اضطراب السلوك هو أكثر أنماط الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية شيوعاً، وهو يعد بمثابة مشكلة سلوكية تجسيدية خارجية أي موجهة إلى خارج الفردexternalizing ويعمل مثل هذا الاضطراب على جذب الانتباه الفوري تجاه الفرد مما يندر معه وجود أي مشكلة حقيقية تواجه من يقوم بتشخيصه. أما أولئك الأطفال الذين يعانون من النمط الداخلي من الاضطراب السلوكي internalizing فإن الأمر بالنسبة لهم يكون أقل وضوحاً، ولكن لا يكون من الصعب تحديدهم والتعرف عليهم. وعادة ما يتم تحديد وتشخيص الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً في المدرسة من قبل المعلمين، وقد تلجأ بعض المدارس في سبيل ذلك إلى استخدام بعض الإجراءات المنظمة للفرز والتصفية وهو الأمر الذي قد تجد فيه بعض المدارس الأخرى غضاضة فلا تقبل بالتالي عليه. كذلك فإن توفير خدمات التربية الخاصة لمثل هؤلاء الأطفال المضطربين لا يضاهي حاجاتهم مطلقاً، ومع ذلك لا توجد إشارات في إجراءات الفرز والتصفية حول عدم توفر تلك الخدمات اللازمة للتعامل مع المشكلات التي يعاني الطفل منها. وفي هذا الإطار فإنه نادراً جداً ما يحدث خطأ في تشخيص الأطفال الفصاميين حيث أصبحت لغتهم غير العادية، وأسلوبهم المميز في الحركة والتصرف، وأسلوبهم في التعامل مع الآخرين موضع اهتمام من قبل الآباء والمعلمين ومن يلاحظهم حتى بشكل عرضي. ومن المعروف أن الأطفال الفصاميين لا يمثلون سوى نسبة ضئيلة للغاية من أولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. ومع ذلك فإنه عادة ما يتم تشخيصهم في البداية على أنهم يعانون من اضطراب آخر كاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط أو الاكتئاب على سبيل المثال وإن كان يتم تشخيصهم فيما بعد على أنهم فصاميين، أي يتم تشخيصهم آنذاك بشكل صحيح.

وجدير بالذكر أنه كلما كان الطفل أصغر في عمره الزمني ازدادت صعوبة تشخيصه على أنه مضطرب انفعالياً أو سلوكياً إذ تكون هناك صعوبة في تحديد ما إذا كان سلوكه يمثل مشكلة خطيرة أم لا، وما إذا كان مثل هذا السلوك ثابتاً ومستمراً أم متغيراً. كذلك فإنه قد لا يتم اكتشاف بعض الأطفال المضطربين بالفعل وهو الأمر الذي قد يرجع إلى أن معلميهم لا يبدون حساسية لتلك المشكلات التي يثيرها الأطفال، أو أن الأطفال لا يختلفون بشكل ملفت عن غيرهم من الأطفال في ذات البيئة أو الثقافة. وعلاوة على ذلك فإن المعلمين الذين يبدون

حساسية لما يبدر عن أطفالهم من سلوكيات قد يخطئون أحياناً في حكمهم على أولئك الأطفال. وهناك نقطة أخرى لها أهميتها في هذا المضمار تتمثل في أن بعض الأطفال قد لا يبدون أي مشكلات على الإطلاق في المدرسة، وتكاد تتركز كل مشكلاتهم خارج إطار المدرسة.



يعتبر حكم المعلم على سلوك التلميذ أسلوباً ثابتاً وصادقاً لتحديد اضطراباته

ومما لا شك فيه أن الفرز الرسمي والتصفية المتبعة مع هؤلاء الأطفال بجانب تشخيصهم المبكر الذي يتسم بالدقة وذلك في سبيل التخطيط للتدخلات التربوية المطلوبة تصادفه بعض المشكلات التي تتعلق بمفهوم الاضطراب. وبشكل عام تعتبر أحكام المعلمين غير الرسمية بمثابة أساليب ثابتة وصادقة لفرز وتصفية الأطفال بغرض تحديد مشكلاتهم الانفعالية أو السلوكية، وعند استخدام الإجراءات الرسمية بدرجة أكبر لهذا الغرض تصبح تقديرات المعلمين لتلك السلوكيات دقيقة جداً.

هذا وقد ابتكر واكرWalker وزملاؤه الذين نذكر منهم(Walker& Severson,1990) و (Walker, Severson, & Feil, 1994) نسقاً للفرز والتصفية يمكن استخدامه في المدارس الابتدائية يقوم على افتراض أن حكم المعلم يعد بمثابة أسلوب ثابت وصادق لتحديد الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية للأطفال. وعلى الرغم من أن المعلم يبالغ في إحالة الأطفال ذوي النمط التجسيدي الخارجي من مشكلات السلوك أي المضطربين سلوكياً إلى العيادة النفسية فإنه يقلل كثيراً من إحالته للتلاميذ بسبب النمط الداخلي من المشكلات السلوكية أي

من يتصفون بالقلق أو الانسحاب أي المضطربين انفعالياً. وحتى لا نضيع الوقت والجهد مع بعض الأطفال في الفرز والتصفية يرى واكر وآخرون (1995) Walker et.al أننا يجب أن نقوم في هذا الإطار باتباع الخطوات الثلاث التالية :

1- يقوم المعلم بتدوين أسماء الطلاب الذين يبدون كل نمط من نمطي المشكلات السلوكية (النمط الخارجي والنمط الداخلي) في قائمة ويضع رتبة معينة أمام كل منهم وذلك على مقياس متدرج يتراوح بين " أكثر انطباقاً للمحكات " إلى " أقل انطباقاً " .

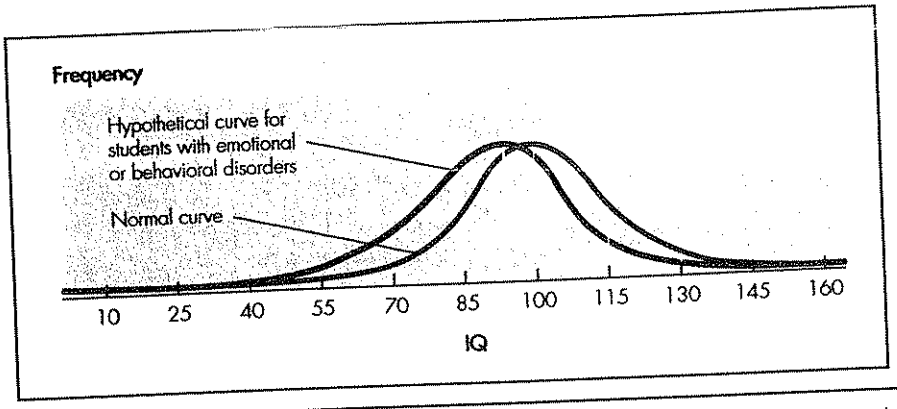
2- يقوم المعلم بإكمال اثنتين من قوائم السلوك للتلاميذ الثلاثة الذين يحصلون على أعلى درجات في كل قائمة من القائمتين الموجودتين معه بأسماء الطلاب والتي تتمثل إحداهما في ذوي النمط الخارجي للمشكلات السلوكية، وتتمثل الأخرى في ذوي النمط الداخلي. أما قائمتا السلوك اللتين سيقوم المعلم بإكمالهما للتلاميذ الثلاثة الذين يحصلون على أعلى الدرجات في كل حالة فإنه يقوم في إحداهما بإيضاح ما إذا كان الطفل قد بدت منه سلوكيات معينة خلال الشهر الماضي مثل السرقة، أو نوبات الغضب، أو استخدام لغة بذيئة أو سباب على سبيل المثال. بينما يدوّن في القائمة الثانية عدد المرات (مطلقاً- أحياناً- كثيراً) التي أبدى فيها كل طفل صفات أو سلوكيات معينة كأن يلتزم بتلك القواعد المتبعة في الفصل، أو يتعاون مع أقرانه في المواقف أو الأنشطة الجماعية المختلفة على سبيل المثال.

3- تتم ملاحظة أولئك التلاميذ الذين تتجاوز درجاتهم على هاتين القائمتين المعايير المحددة أثناء وجودهم بالفصل أو فناء المدرسة، أو بالمدرسة عامة من قبل أخصائي أو معلم آخر غير معلم الفصل كأن يقوم بذلك الأخصائي النفسي، أو المرشد، أو معلم غرفة المصادر. ويكمن الهدف من تلك الملاحظات التي تتم داخل الفصل في إيضاح مدى مطابقة التلاميذ للتوقعات الأكاديمية المنتظرة منهم. أما تلك الملاحظات التي تتم في فناء المدرسة فتهدف إلى قياس نوعية وطبيعة السلوك الاجتماعي الذي يصدر عنهم. ثم يتم بعد ذلك استخدام هذه الملاحظات المباشرة للسلوك إلى جانب تقديرات المعلم في تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من مشكلات تتطلب تصنيفه في إطار التربية الخاصة حتى يحصل على الخدمات اللازمة في ذلك الإطار. وبذلك فإن هذه الأنساق الخاصة بالفرز والتصفية والتي تتمثل في أحكام المعلمين والملاحظات الدقيقة يمكن أن تؤدي إلى حصول الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً على خدمات مناسبة.

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المضطربين

يمثل استعراض الخصائص المميزة للأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً تحدياً غير عادي لمن يقوم بذلك نظراً لتنوع مثل هذه الاضطرابات بشكل كبير للغاية. وعلى هذا الأساس فسوف نتحدث هنا عن الصورة العامة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن أن يتباينوا بشكل كبير وواضح في مستوى الذكاء، والتحصيل، وظروف الحياة، والخصائص الانفعالية والسلوكية وهو الأمر الذي يمكن أن نتناوله على النحو التالي:

الذكاء والتحصيل : تبدو فكرة أن يكون الأطفال المضطربون انفعالياً وسلوكياً مرتفعي الذكاء وكأنها أسطورة حيث أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا المجال عن أن التلميذ المتوسط المضطرب انفعالياً أو سلوكياً يكون معدل ذكائه في حدود المستوى العادي إذ يكون حوالي 90 نقطة مع وجود بعض النقاط القليلة نسبياً والتي يمكن أن تزيد عن هذا المعدل. وقياساً بالتوزيع العادي للذكاء فإن معظم الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يقعون في فئتي بطيء التعلم، والتخلف العقلي البسيط. وبمراجعة التراث السيكلوجي حول مستوى ذكاء التلاميذ المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يفترض كوفمان Kauffman (2001) وجود توزيعات للذكاء يعرضها الشكل التالي :



شكل (8-2) التوزيع التكراري الافتراضي لنسب ذكاء التلاميذ المضطربين انفعالياً أو سلوكياً قياساً بالتوزيع التكراري العادي

وبطبيعة الحال فإننا حينما نشير إلى هؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً إنما نشير إليهم كمجموعة وليس كحالات فردية وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض الحالات الفردية التي تختلف عن ذلك إذ أن بعض هؤلاء الأطفال قد يحصلون على درجات مرتفعة جداً في اختبارات الذكاء. ولذلك فنحن نحذر من أن التدخل السلوكي المبكر والمكثف قد يكشف

عن بعض القدرات المعرفية التي لا تكون قد اتضحت بعد، ويسهم في كثير من الأحيان في تطورها وهذا يعني أنه قد توجد أوجه قصور معرفية لدى بعض الأطفال يمكن للتدخل المبكر والمكثف أن يتغلب عليها بدرجة كبيرة، ومع ذلك فقد يتم تشخيص هؤلاء الأطفال بشكل خاطئ على أنهم يعانون من أوجه قصور معرفية دائمة.

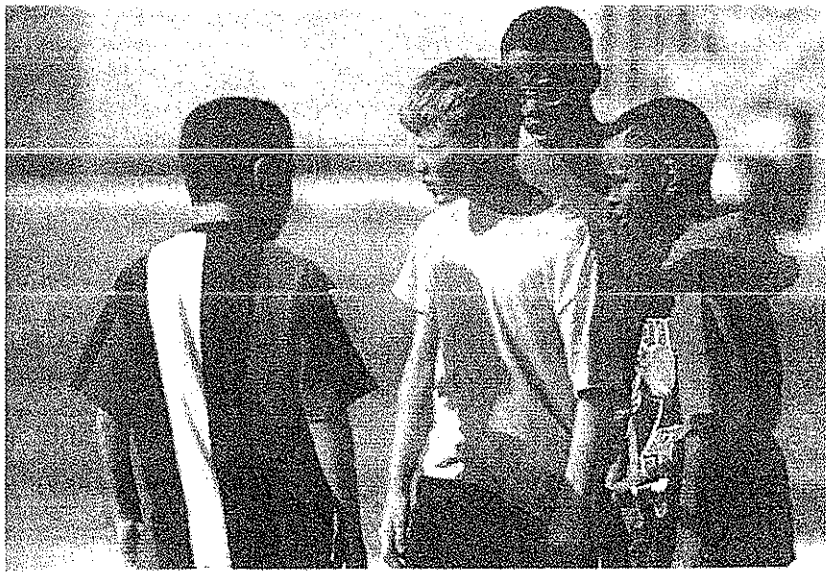
وغني عن البيان أن هناك بعض المخاطر التي تواجهنا عند تقييم الخصائص المعرفية لمجموعة من الأطفال من خلال فحص توزيع نسب ذكائهم إذ أن اختبارات الذكاء لا تعتبر أدوات دقيقة لقياس ما نطلق عليه الذكاء، وما نعنيه بذلك. ومن ثم يمكن أن يقال أن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية التي يعاني منها أولئك الأطفال قد تعوقهم عن الحصول على درجة مرتفعة في الاختبار تعكس قدراتهم الحقيقية وهو ما يعني أن مثل هذه الاختبارات تتضمن كثيراً من التحيز ضد هؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً، وأن نسب ذكائهم الفعلية تعد أعلى من تلك الدرجات التي يحصلون عليها في مثل هذه الاختبارات. ومع ذلك فإن نسب ذكاء أولئك الأطفال التي تقل عن المتوسط تدل بالفعل على وجود مستوى أكثر انخفاضاً من القدرة على أداء تلك المهام التي يمكن لغيرهم من الأطفال أن يؤدونها بنجاح، وأن الدرجات الأكثر انخفاضاً التي يحصلون عليها في تلك الاختبارات تتسق بذلك مع تلك الإعاقة التي توجد لديهم في مجالات أخرى من الأداء الوظيفي كالتحصيل الأكاديمي والمهارات الاجتماعية على سبيل المثال. ومع ذلك فإن نسبة الذكاء تعتبر مؤشراً جيداً نسبياً لذلك المدى الذي يمكن للطفل أن يتطور خلاله أكاديمياً واجتماعياً حتى في حالات الاضطرابات الشديدة.

ومن ناحية أخرى يرى كوفمان Kauffman (2001) أن العديد من الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً يعدون منخفضي التحصيل كما تكشف عن ذلك الاختبارات المقننة التي يتم استخدامها للتأكد من ذلك حيث لا يتمكن الطفل المضطرب انفعالياً أو سلوكياً عادة من التحصيل الأكاديمي في المستوى المتوقع منه والذي يتفق مع عمره العقلي، كما أن مثل هؤلاء الأطفال نادراً ما يحققون تقدماً في المجال الأكاديمي. وفي الواقع فإننا نلاحظ أن العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة يفتقرون إلى المهارات الأساسية في القراءة والحساب، وأن القليلين منهم فقط هم الذين يبدون كفاءة في القراءة أو الحساب، وأن هذه الأعداد القليلة منهم غالباً لا يتمكنون من تطبيق مهاراتهم على المشكلات اليومية المختلفة.

الخصائص الاجتماعية والانفعالية : تعرضنا من قبل لبعدين أساسيين لأبعاد السلوك المضطرب وذلك اعتماداً على تحليل تقديرات السلوك هما البعد الخارجي externalizing والبعد الداخلي internalizing للسلوك. ويتميز البعد الخارجي للسلوك بالسلوك العدواني،

والسلوك التظاهري التنفيسي، out acting أما النمط الداخلي فيتسم بالقلق والانسحاب. وسوف تتركز مناقشتنا في الجزء الراهن من هذا الفصل على النمط العدواني والانسحابي من ذلك السلوك الذي يبديه أولئك التلاميذ المضطربين انفعالياً أو سلوكياً.

ومن الواضح أن طفلاً معيناً يمكنه في أوقات مختلفة كما يرى تانكرسلي ولاندروم Tankersley& Landrum (1997) وواكر وآخرون Walker et. al (1995) أن يأتي بالسلوك العدواني والسلوك الانسحابي حيث أن غالبية هؤلاء الأطفال غالباً ما يبدون مشكلات متعددة. هذا وقد ذكرنا في بداية الفصل أن معظم الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً غير محبوبين من الأطفال، وأنهم غالباً ما يصادقون الأقران المنحرفين. وتوضح الدراسات التي تتناول الوضع الاجتماعي للتلاميذ بالمراحل التعليمية المختلفة وذلك من المرحلة الابتدائية حتى الثانوية أن من يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً أو سلوكياً قد يتم رفضهم اجتماعياً.



غالباً ما يكون الأطفال العدوانيون غير محبوبين من الأقران

ويؤكد إيالونجو وآخرون Ialongo et. al (1998) كذلك أن الرفض المبكر من الأقران إضافة إلى ما يبديه الطفل من سلوك عدواني يعرضه فيما بعد لقدر كبير من مخاطر المشكلات الاجتماعية والانفعالية. وإلى جانب ذلك يضيف فارمر Farmer (2000) وفارمر وآخرون(2001) Farmer et.al أن العديد من التلاميذ العدوانيين الذين لم يتم رفضهم بعد

ينتمون في الأساس إلى أقرانهم الذين يبدون السلوكيات العدوانية. وإلى جانب ذلك فقد كانت هناك علاقة واضحة كما يشير روجرز- أدكينسون وجريفث (1999) Rogers- Adkinson & Griffith بين الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية من ناحية واضطرابات التواصل من ناحية أخرى. وفضلاً عن ذلك فإن العديد من الأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يواجهون صعوبات كبيرة في فهم اللغة واستخدامها في المواقف الاجتماعية المختلفة.

السلوك العدواني (النمط الخارجي للسلوك): يعد اضطراب السلوك كما لاحظنا من قبل هو الأكثر شيوعاً بين تلك المشكلات التي يبديها الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً. فالضرب، والشجار، والإغاظة، والصياح، ورفض الانصياع للأوامر، والصراخ، والتدمير، والابتزاز، والتخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة vandalism ما هي إلا سلوكيات إذا ما أبدى الطفل أياً منها أو بعضها فإنه غالباً ما يكون من الأكثر احتمالاً أن نطلق عليه أنه مضطرب. وإذا كان الأطفال العاديون يصرخون، ويصيحون، ويضربون، ويتشاجرون، ويصبحون سلبيين، ويفعلون تقريباً كل ما يفعله أولئك الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً فإن ذلك الأمر من جانبهم لا يتسم بالاندفاعية، ولا بالتكرار. ومن المعروف أن الأطفال الذي يتصفون بهذا النمط من الاضطرابات أي بوجود مشكلات تتعلق بالنمط الخارجي للسلوك لديهم يسببون الكثير من الحيرة والذهول للراشدين المحيطين بهم حيث أنهم لا يكونوا مشهورين بين أقرانهم ما لم تتم تنشئتهم كجانحين يحترمون أقرانهم الجانحين، ولا يعتدون عليهم. كما أنهم من جانب آخر لا يستجيبون بسرعة ولا بإيجابية لأولئك الراشدين ذوي الأهمية الذين يخافون ويحرصون عليهم، ويحاولون تقديم المساعدة لهم.

ومن الجدير بالذكر أن بعض هؤلاء الأطفال يعانون كذلك كما يشير واكر وكافاناف وآخرون (1998) Kavanagh Walker,et.al من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، أو من إصابة بالمخ، كما أن سلوكهم لا يعتبر مثيراً للمشاكل فحسب، ولكنه يقاوم التغيير أيضاً. وغالباً ما يتعلم هؤلاء الأطفال أن العقاب لا يعني سوى القليل أو أنه لا يعني شيئاً بالنسبة لهم على الإطلاق. ونظراً لما يبديه الراشدون من سخط عليهم، وما يبدونه هم أنفسهم من انحراف فإنهم يتسمون بسوء السلوك معظم الوقت فتبدو بالتالي فظاعتهم للمحيطين بهم بكل وضوح وهو الأمر الذي لا يجعل بمقدورهم أن يتحملوهم. وبالطبع فإن هؤلاء الأطفال أيضاً لا يستطيعون أن يتحملونهم أو يتحملوا من يعيشون معهم. ومن هذا المنطلق يزداد صراخ المحيطين بهؤلاء الأطفال عليهم، وتوجيه النقد إليهم، وعقابهم على ما يقومون به من أفعال وهو الأمر الذي يتكرر كثيراً. وإذا كان هذا الأمر يحدث في سبيل علاج ذلك السلوك أو الحد منه فإن المشكلة لا تكمن في سلوك الطفل في حد ذاته، ولكنها تكمن في

ذلك التفاعل الذي ينشأ بين سلوكه وسلوك الآخرين الموجودين في بيئته وهو الأمر الذي يحتاج إلى فحص وإلى إعادة نظر.

العدوان: تم تحليل العدوان في الواقع من وجهات نظر متعددة، وكانت تلك التحليلات التي تمت في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي كتلك التي أبداها باندورا (1973، Bandura(1986 والتي تمت كذلك في ضوء النظرية السلوكية كتلك التي أبداها باترسون Patterson هي التي نالت التأييد الأقوى في البحوث الإمبيريقية حيث اهتمت الدراسات في هذا المجال بخبرة الطفل ومستوى دافعيته استناداً على تلك النتائج المتوقعة للعدوان. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه الدراسات قد صورت العدوان في الأساس على أنه سلوك متعلم، وافترضت كذلك أنه من الممكن أن يتم تحديد تلك الظروف والشروط التي يتم في ضوئها تعلم ذلك السلوك.

ومن المعروف أن الأطفال يتعلمون العديد من السلوكيات العدوانية عن طريق ملاحظة آبائهم، أو أخوتهم، أو أقرانهم، أو أولئك الأفراد الذين يظهرون على شاشات التليفزيون أو في أفلام السينما حيث يكون من الأكثر احتمالاً أن تتم محاكاة أولئك الأفراد الذين يقومون بنمذجة العدوان خاصة إذا ما كانوا ذوي مكانة اجتماعية مرتفعة، وكانت تتم ملاحظتهم بغرض تلقي المكافآت أو الهروب من العقاب على ما ارتكبوه من عدوان وخصوصاً إذا ما كان هؤلاء الأفراد لا يخبرون أي نتائج غير سارة على عدوانهم هذا، أو كانوا يحصلون على مكافآت عندما يتغلبون على ضحاياهم. وإذا ما تم وضع الأطفال في مواقف غير سارة ولم يتمكنوا من الهروب من تلك الخبرة غير السارة أي لم يتمكنوا من الهروب من عدم السعادة أو من ذلك الحزن الذي يسيطر على الموقف، ولم يتمكنوا كذلك من الحصول على أي مكافآت إلا عن طريق العدوان فسوف يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يكونوا عدوانيين وخاصة إذا ما تساهل الآخرون مع هذا السلوك، أو عملوا على تشجيعه.

ومن ناحية أخرى فإن المكافآت الخارجية التي يحصل الطفل عليها كالمكانة الاجتماعية، والقوة، ومعاناة الضحية، والحصول على الأغراض المرغوبة، والمكافآت المتنوعة كرؤية الآخرين وهم يحققون نتائج مرغوبة من عدوانهم، والتعزيز الذاتي كتهنئة الذات، أو تعزيز صورة الذات تعمل جميعاً على تشجيع حدوث العدوان. وإذا ما استطاع الأطفال أن يجدوا تبريراً للعدوان في أذهانهم وذلك بالمقارنة بسلوك الآخرين أو بتجريد ضحاياهم من السمات الإنسانية فسوف يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يكونوا عدوانيين. كذلك فإن العقاب يمكن أن يؤدي في الواقع إلى زيادة العدوان وذلك في ظل ظروف معينة تعتبر الظروف التالية من أهمها ومن أكثرها شيوعاً:

1- إذا كان غير متسق مع الفعل.

2- إذا أتى متأخراً عنه.

3- إذا لم يوجد أي بديل إيجابي لذلك السلوك الذي يعاقب عليه.

4- إذا ما كان العقاب يعد مثالاً للعدوان.

5- إذا ما حقق الهجوم المضاد على القائم بالعقاب النجاح المنشود، أو كان من المحتمل بالنسبة له أن يحقق ذلك النجاح.

ويعتبر تعليم الأطفال العدوانيين الحد من سلوكهم العدواني أمراً غير هين، ومع ذلك فإن نظرية التعلم الاجتماعي والدراسات السلوكية تقدم لنا بعض الإرشادات العامة التي يمكن إتباعها في هذا الصدد حيث يمكن أن يكون لها بعض النتائج الإيجابية المنشودة. كذلك فإن البحوث التي أجريت في هذا المجال لم تقدم بصفة عامة تأييداً لتلك الفكرة التي ترى أنه من الحكمة أن نترك الأطفال ليعبروا عن عدوانهم بحرية، بل إن من أكثر الأساليب المتبعة فائدة والتي تم استخدامها في هذا الإطار كما يرى واكر وآخرون (1995) Walker et.al تلك التي تتضمن ما يلي:

1- تقديم أمثلة أو نماذج للاستجابات غير العدوانية في مواقف تثير العدوان.

2- مساعدة الطفل على أن يردد أو يؤدي سلوكاً غير عدواني من خلال لعب الدور.

3- تقديم التعزيز اللازم للسلوك غير العدواني.

4- منع الطفل من الحصول على أي نتائج إيجابية للعدوان.

5- عقاب الطفل على العدوان الذي قد يأتي به من خلال عدد من الأساليب يمكن أن تتضمن مضادات للعدوان كأن يتم اللجوء إلى أسلوب الإبعاد لبعض الوقتtime-out أو العزلة الاجتماعية القصيرة وذلك بدلاً من الصفع أو الصراخ.

ومن ناحية أخرى يرى أيالونجو وآخرون (1998) Ialongo et.al أننا يجب ألا نقلل من خطورة السلوك العدواني للأطفال بأي حال من الأحوال، وأن نتجاهل ما أثير لعدة عقود وما أعتقده البعض من أنه رغم هذا الكم الكبير من تلك المشاكل والمتاعب التي يسببها فإنهم لا يعتبرون على نفس خطورة تلك الإعاقة التي تلحق بأولئك الأطفال الذين يعانون من الخجل أو القلق وهي الأسطورة التي سفهتها تلك البحوث التي تم إجراؤها في هذا المجال حيث رأت أنه عندما يجتمع السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع في مرحلة الطفولة مع الفشل في المدرسة فإن ذلك يعني مستقبلاً مظلماً بالنسبة للطفل فيما يتعلق بالتوافق الاجتماعي

والصحة النفسية خاصة بالنسبة للبنين. أما أولئك الأطفال الذين يعانون من الخجل أو القلق فإنهم كما يشير كازدين (1995) Kazdin يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يشغلوا وظائف معينة، وأن يتغلبوا على مشاكلهم الانفعالية، وأن يظلوا بعيدين عن السجون أو المستشفيات النفسية قياساً بأولئك الراشدين المضطربين سلوكياً والذين كانوا جانحين في طفولتهم.

إلا أن هذه القاعدة لها إستثناءاتها بالقطع، ومع ذلك فهناك احتمال كبير كما يشير كوفمان (2001) Kauffman وسبراجو وواكر (2000) Sprague&Walker وواكر وآخرون (1995) Walker et.al بأن الطفل العدواني الذي يتعرض للفشل في المدرسة سوف يتعرض لدرجة أكبر من سوء التوافق الاجتماعي عندما يصل إلى مرحلة الرشد وذلك قياساً بقرينه المنسحب اجتماعياً أي الذي ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وذلك عندما يصل هذا الأخير إلى مرحلة الرشد أيضاً. وفي الواقع فإننا عندما نفكر في أن الاضطرابات السلوكية والجنوح يرتبطان بدرجة كبيرة مع الفشل في المدرسة يتضح لنا أهمية القيام بإشباع حاجات الأطفال العدوانيين وأقرانهم منخفضي التحصيل.

السلوك الانسحابي أو غير الناضج (النمط الداخلي للسلوك): عندما تحدثنا عن خطورة السلوك العدواني فإننا لم نقصد بذلك مطلقاً أن نقلل من طبيعة إعاقة عدم النضج والانسحاب حيث أنهما في حالتهما الطرفية أو المتطرفة يعدان من الخصائص المميزة للفصام أو الاضطرابات الشديدة الأخرى والتي لا يكون لها نتائجها الخطيرة على مختلف الأفراد في سنوات طفولتهم فحسب، بل إنها تحمل لهم أيضاً معها مآلاً سيئاً من الصحة النفسية خلال مرحلة رشدهم. فالطفل الذي يتناسب سلوكه مع النمط الحاد من عدم النضج والانسحاب لا يستطيع أن يطور علاقات إنسانية مشبعة وحميمة كتلك التي يتسم بها مضمار النمو العادي أو الطبيعي، وبالتالي فإن مثل هذا الطفل سوف يجد من الصعب عليه أن يواجه الضغوط اليومية التي يصادفها وأن يشبع حاجاته أو متطلباته اليومية. وإلى جانب ذلك يشير مازيا وآخرون(2001) Masia et.al. إلى أن البيئة المدرسية تعد هي البيئة التي يخبر فيها أولئك المراهقون الذين يعانون من القلق والانسحاب على وجه الخصوص الكم الأكبر من الأسى والكرب.

وجدير بالذكر أن جميع الأطفال نادراً جداً ما يبدون سلوكاً غير ناضج، أو يأتون بسلوك انسحابي. ومع ذلك يشير كل من رابيان وسيلفرمان (1995) Rabian & Silverman وستارك وآخرين (1995) Stark et.al إلى أن أولئك الأطفال الذين ينطبق عليهم النمط المنسحب أو غير الناضج يعتبرون طفوليين في أساليب تفاعلهم مع الآخرين، كما أنهم

يترددون دوماً في التفاعل مع الآخرين. كذلك فإنهم يتسمون بالعزلة الاجتماعية، وقلة عدد أصدقائهم، وندرة اللعب مع أقرانهم في مثل سنهم، وافتقارهم إلى المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق المتعة. ومن جانب آخر فإن بعضهم ينسحبون إلى الخيال أو إلى أحلام اليقظة، وتتطور المخاوف لدى بعضهم الآخر وإن كانت لا تتعلق تماماً بتلك المواقف التي يمرون بها، كما يشكو البعض أيضاً من أوجاع وآلام مختلفة، وأمراض متخيلة قد تمنعهم من الاشتراك في الأنشطة العادية. وإضافة إلى ذلك فإن بعضهم الآخر قد يرتد إلى المراحل الأولى من النمو، ويتطلب بالتالي الحصول على المساعدة المستمرة والانتباه الدائم من الآخرين، بينما قد يصبح البعض الآخر مكتئباً مع عدم وجود أي سبب ظاهر لذلك.

وكما هو الحال بالنسبة للسلوك العدواني يمكن تفسير الانسحاب وعدم النضج بعدة أساليب مختلفة، فيبدو من المحتمل بالنسبة لمؤيدي التحليل النفسي أن ينظروا إلى الصراعات الداخلية والدوافع اللاشعورية على أنها هي الأسباب الرئيسية التي تكمن خلف الحالة. أما أنصار المدرسة السلوكية فيميلون إلى تفسير هذه المشكلات على أساس الفشل في التعلم الاجتماعي وإن كانت وجهة نظرهم هذه لها العديد من الأدلة الإمبيريقية التي تؤيدها. ومن جانب آخر فإن التحليل الذي يتم في إطار التعلم الاجتماعي يعزو الانسحاب وعدم النضج إلى البيئة غير الملائمة. أما العوامل السببية فقد تتضمن العديد من الأسباب من أهمها ما يلي:

1- النظام الوالدي مفرط التقييد.
2- العقاب على الاستجابات الاجتماعية الملائمة.
3- الإثابة على السلوك الانعزالي.
4- نقص فرص التعلم .
5- نقص الفرص اللازمة لممارسة المهارات الاجتماعية.
6- تقديم أمثلة أو نماذج للسلوك غير الملائم.

هذا ويمكن للأطفال المنسحبين أو غير الناضجين أن يتعلموا تلك المهارات التي يفتقرون إليها عن طريق ترتيب الفرص المواتية لتعليم وممارسة الاستجابات الملائمة، ورؤية النماذج التي تقوم بأداء السلوك المناسب، وتقديم المكافآت للسلوك الملائم.

وهناك على وجه الخصوص كما يشير شيراز (2001) Sheras وكاسلو وآخرون (1997) Kaslow et.al جانب هام في السلوك الانسحابي وغير الناضج يتمثل في الاكتئاب لم يفطن أخصائيو الصحة النفسية ومعلمو التربية الخاصة إلا حديثاً إلى أنه يمثل مشكلة

خطيرة وواسعة الانتشار بين الأطفال والمراهقين. وقد أضحى هناك اتفاق بين علماء النفس في الوقت الراهن على أن طبيعة الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين تعد شبيهة تماماً في جوانب عديدة بطبيعته لدى الراشدين. كما أن المؤشرات الدالة على الاكتئاب تتضمن بطبيعة الحال عدداً كبيراً منها تعتبر المؤشرات التالية من أهمها :

1- اضطراب الوجدان أو المشاعر.
2- عدم القدرة على التفكير أو التركيز.
3- نقص الدافعية.
4- نقص اللياقة الجسمية.
5- الحزن.
6- الوحدة.
7- فتور الشعور أو اللامبالاة.
8- انخفاض تقدير الذات.
9- الشعور المفرط بالذنب.
10- التشاؤم.
11- تجنب المهام والخبرات الاجتماعية.
12- المعاناة من عدة شكاوى ومشكلات جسمية تتعلق بما يلي :
   أ - النوم.
   ب- تناول الطعام.
   جـ- الإخراج.

وفضلاً عن ذلك فإن هناك مشكلات أخرى يمكن لها أحياناً أن تصاحب الاكتئاب كما يشير كازدين (1997) Kazdin وماك كراكين وآخرون (1993) McCracken et.al ويمكن أن نتناولها على النحو التالي:

1- تبليل الفراش bed-wetting أو ما يعرف بالبوال الليلي nocturnal enuresis أو سلس البول الليلي.
2- سلس الغائط encopresis أو ما يعرف بالتوسخ بالبراز fecal soiling .
3- الخوف الحاد من المدرسة.

4- الرفض الحاد للذهاب إلى المدرسة.

5- الفشل في الدراسة.

6- التحدث عن الانتحار.

7- محاولة الانتحار.

8- الاقتران مع الاضطراب السلوكي في كثير من الأحيان .

هذا وقد ازدادت معدلات الانتحار بشكل كبير خلال عقدي السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي وذلك بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين 15-24 سنة، كما أنه يعد الآن في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة بين نفس هذه المجموعة العمرية كما يرى شيراز Sheras (2001) إذ أن الاكتئاب خاصة عندما يكون شديداً ويرتبط باليأس من جانب الفرد فإنه عادة ما يرتبط بالتفكير في الانتحار والإقدام عليه. وبالتالي يصبح من الأهمية بمكان لكل من يتعاملون مع الشباب والمراهقين أن يكونوا قادرين على إدراك مثل هذه الدلائل والمؤشرات. وإضافة إلى ذلك فإن إساءة استخدام المواد تعتبر أيضاً مشكلة رئيسية بين الأطفال والمراهقين، وقد ترتبط هي الأخرى بالاكتئاب.

وأحياناً يكون هناك سبب بيولوجي يكمن خلف الاكتئاب ويؤدي إليه، وهنا يكون للعقاقير الطبية المعروفة بمضادات الاكتئاب دور ناجح في مساعدة أولئك الأطفال والمراهقين المكتئبين في التغلب على تلك المشكلات التي يواجهونها من جراء ذلك. ورغم هذا فهناك حالات عديدة لا يوجد فيها أي سبب بيولوجي للحالة حيث هناك العديد من العوامل البيئية أو السيكلوجية التي يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب منها وفاة شخص عزيز أو محبوب، أو حدوث الانفصال بين الوالدين، أو الفشل الدراسي، أو الرفض من جانب الأقران، أو البيئة المنزلية القاسية أو المشوشة. وتستند التدخلات الناجحة لهذه الحالة كما يرى كاسلو وآخرون (1997) kaslow al.et. على نظرية التعلم الاجتماعي حيث يتم تعليم الأطفال والمراهقين المهارات الاجتماعية، وأساليب الضبط الذاتي أو ضبط النفس self-control إلى جانب تعليمهم النظر إلى أنفسهم بشكل أكثر إيجابية كأن يرى الواحد منهم نفسه قادراً على تحقيق النجاح في تلك المهام التي نطلب منه القيام بها على سبيل المثال.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

يرى كوتنهو وآخرون Coutinho et.al (2002) وأوسوالد وآخرون Oswald (1999) al.et. أنه عادة ما يحصل الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً على درجات منخفضة في المدرسة، وتكون نتائجهم الأكاديمية عامة غير مرضية، وتزداد معدلات التسرب بينهم، وتقل

معدلات إنهائهم للمدرسة وتخرجهم منها وذلك قياساً بغيرهم من التلاميذ، كما أنه عادة ما يتم وضعهم في أماكن أو مواقف أكثر تقييداً. وإضافة إلى ذلك فإن غالبية هؤلاء الأطفال ينحدرون من أسر فقيرة تنتمي إلى أقليات عرقية، وكثيراً ما يتعرضون لمواجهات مع ذلك النسق القضائي الخاص بالأحداث. وعلى ذلك فإن تقديم البرامج التربوية الناجحة لهؤلاء الأطفال كما يرى لاندروم وكوفمان Landrum & Kauffman (2003) وإيشي- جوردان Ishii- Jordan (2000) يعتبر من أهم المهام التي تواجه التربية الخاصة الآن وتمثل تحدياً لها. كذلك فإن وجود علاج للتمثيل غير المتناسق للأقليات العرقية في تلك البرامج التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يعد أمراً حاسماً، فضلاً عن أن التوصل إلى استراتيجيات فعالة للتدخل بالنسبة لهؤلاء الأطفال المتباينين يتساوى مع ذلك في الأهمية، ولا يقل عنه مطلقاً تحت أي ظروف.

وللأسف فليس هناك اتفاق بين معلمي التربية الخاصة حول كيفية مواجهة ذلك التحدي الذي يتمثل في تعليم أولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. وعلى الرغم من وجود جدول أعمال قومي حول تحسين الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال فإنه لا يزال ذا قيمة ضئيلة في تقديم ذلك التوجيه والإرشاد اللازم في سبيل تصميم التدخلات الملائمة.

النماذج التصورية المتباينة Contrasting conceptual models

هناك العديد من النماذج التصورية المختلفة التي يمكن لها أن تقوم بتوجيه عمل المعلمين في هذا الصدد. وكما يشير كوفمان Kauffman (2001) فإن القليل من الممارسين هم الذين يتبعون نموذجاً واحداً فقط. ومع ذلك فإن المعلم يجب أن يقف على أرض صلبة تقوم على توجه تصوري معين وترتكز عليه في توجيه ما يقوم به من ممارسات. وهناك في الواقع نموذجان تصوريان في الوقت الراهن هما اللذان يوجهان غالبية البرامج التربوية حيث تسير تلك البرامج على الأقل وفق أحد هذين النموذجين أو وفقاً لهما معاً. وهذان النموذجان هما :

1- النموذج النفسي التربوي psychoeducational

2- النموذج السلوكي. Behavioral

وسوف نعرض لهذين النموذجين مع وصف لحالات فعلية تم تقديم الخدمات التربوية المختلفة لها في ضوئهما.

النموذج النفسي التربوي

يهتم هذا النموذج بالدوافع اللاشعورية، ويركز على الصراعات الداخلية للفرد، كما أنه

يركز في ذات الوقت على تلك المطالب أو الحاجات الواقعية اللازمة للأداء الوظيفي اليومي من جانب الفرد في المنزل والمدرسة والمجتمع المحلي. ومن الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج أنه ينبغي على المعلمين أن يفهموا الدوافع اللاشعورية إذا ما أرادوا أن يتعاملوا بشكل أكثر فعالية مع الفشل الأكاديمي للطفل وسوء سلوكه. ولكي يقوم المعلمون بذلك فنحن لا نتوقع منهم أن يركزوا على حل الصراعات اللاشعورية كما يفعل المعالجون النفسيون، ولكنهم بدلاً من ذلك يركزون على كيفية مساعدة الأطفال على اكتساب الضبط الذاتي أو ضبط النفس عن طريق الانعكاس والتخطيط. وبالتالي فقد يتضمن التدخل مناقشات علاجيةdiscussions therapeutic أو مقابلات يتم تصميمها بغرض مساعدة الطفل أو المراهق على تحقيق العديد من الأهداف من أهمها ما يلي:

1- أن يفهم أن ما يفعله يمثل مشكلة.

2- أن يدرك دوافعه التي تكمن خلف ما يقوم به من أفعال.

3- أن يلاحظ تلك النتائج التي تترتب على ما يقوم به من أفعال.

4- أن يخطط ويصمم طرقاً بديلة يستجيب بها لظروف مشابهة في المستقبل.

هذا ويتمثل التركيز في ذلك النموذج كما يرى وود (1990) Wood وود ولونج (1991) Wood& Long على اكتساب الطفل أو المراهق ما نطلق عليه البصيرة insight وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث التغيرات السلوكية، وبالتالي فإن التركيز هنا لا يكون على تغيير السلوك بشكل مباشر. هذا ويورد جيمس ولونج (1992) James & Long الحالة التالية لتوضيح كيفية استخدام ذلك النموذج في هذا الصدد مع ولد يدعى أندىAndy .

أندي Andy

كان أندي في الرابعة عشرة من عمره، وكانت قد تمت إحالته إلى التربية الخاصة من جراء ما يعاني منه وهو اضطراب العناد والتحدي إلى جانب التهديد اللفظي للآخرين في بعض الأحيان. وفضلاً عن ذلك فإنه كثيراً ما كان يخرج من الفصل دون إذن، ويظل يتجول في ردهات المدرسة. وكان يجد متعة في تحدي معلميه والسخرية من أقرانه أو توبيخهم بشكل ساخر وعلى وجه الخصوص زميله وقرينه الأصم الذي كان يدعى درو Drew والذي كان يعاني من انخفاض مهاراته الاجتماعية.

وذات صباح أتى دروDrew إلى المدرسة في حالة هياج وهو الأمر الذي تطلب من المعلمة أن تقوم بقضاء معظم الوقت في تهدئته، إلا أنه عند تناول طعام الغداء قام أندي بمضايقته،

وعندما طلبت منه المعلمة أن يتوقف عن ذلك وأن يعود إلى مكانه شرع في الصياح مدعياً أن درو Drew قد شتمه، وبالتالي فإن درو هو الذي يجب أن يعود إلى مكانه. ولما كررت المعلمة تعليماتها قام أندي بدفع المقعد بقوة، وشق طريقه نحو باب الفصل وخرج منه دون إذن منها. إلا أن الأمر لم يتوقف عند ذلك الحد حيث أنه قام بمضايقة التلاميذ الموجودين بالردهة خارج الفصل مما دفع اثنتين من المعلمات لاقتياده إلى غرفة هادئة حيث ذهب معهما دون مقاومة. وهناك استخدمت المعلمة أسلوب المقابلة كي يساعده على أن يفكر في تلك الأسباب التي دفعته للقيام بهذا السلوك، وكيف يمكنه أن يسلك بأسلوب توافقي.

وعلى الرغم من إجراء المقابلة معه بشكل ماهر حول ما فعله مع درو Drew فقد تمكنت المعلمة من مساعدته على رؤية أنه كان فظاً معه، وأنه كان يجب عليه ألا يتعامل معه بتلك الطريقة. وفي الواقع فقد كان أندي يعيش مع أمه وأخته الكبرى التي كانت تعاني من إعاقات متعددة إذ كان أداؤها الوظيفي منخفضاً للغاية، وكانت تتطلب أن تحظى بقدر كبير من الاهتمام والانتباه من أمها معظم الوقت. أما أبوه فقد ترك المنزل منذ أن كان أندي في الثامنة من عمره، ولم تكن أمه في حالة صحية جيدة وهو الأمر الذي كان يعني ضرورة أن يتحمل أندي جزءاً لا بأس به من المسئولية التي لا يتحملها في الواقع إلا الراشدون. هذا وقد أرادت المعلمة أن تساعده من خلال المقابلة على تجنب مقاطعة الجماعة والخروج عليها، كما أرادت وهو الأهم أن تساعده كي يفهم أن هناك علاقة بين تصرفه في المنزل وتصرفه في المدرسة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يجعل مشاعره وسلوكياته تتشابه في الحالتين.

وقد لجأت المعلمة إلى استخدام مقابلة جيمس ولونج James& Long (1992) التي تعرف بمقابلة الراية الحمراءred flag interview والتي تعد بمثابة مناقشة يتم خلالها تناول انتقال المشكلات من المنزل إلى المدرسة، وتسير هذه المقابلة وفق تسلسل معين بحيث يتم من خلالها مساعدة الطفل على تجاوز مشكلته، وعلى أن يسلك بأسلوب توافقي علماً بأن حالة هذا الطفل غالباً ما تشبه ما يتسم به أندى وذلك فيما يلي:

1- أنه يخبر موقفاً ضاغطاً في المنزل كالعض، أو الإثارة الزائدة، أو ما شابه ذلك.
2- أن خبرته التي يمر بها تعمل على إثارة مشاعر الغضب، واليأس، وما شابهها لديه.
3- أنه لا يتم التعبير عن هذه المشاعر من قبله لذلك الشخص المتعسف في المنزل نظراً لأنه يخشى انتقامه منه على أثر ذلك.
4- أنه يكبت مشاعره أو يبقي عليها حتى يركب الأتوبيس ويصل إلى المدرسة، أو حتى يستجيب لمطلب معين أو حاجة معينة.
5- أنه يبدي مشاعره في بيئة أكثر أماناً بالنسبة له.

6- أنه عادة ما يوجه سلوكه نحو شخص آخر.

وجدير بالذكر أن مثل هذه المقابلة تقوم على فكرة ميكانيزمات الدفاع عن الذات والتي تعد بمثابة أساليب معينة يستخدمها الأفراد حتى يتجنبوا تناول موضوعات معينة، أو أحداث، أو أفراد محددين حيث قد يمثل أيهم خبرة غير سارة من وجهة نظرهم، أو يسبب لهم الأذى. وعادة ما تنتهي تلك المقابلة بالرجوع إلى الموقف الواقعي والذي يتمثل في مثالنا هذا في الطفل أندى، وفي رجوعه إلى الفصل، وفي توقعه مشكلات المستقبل. وقد أنهت المعلمة المقابلة كما يلي:

المعلمة : ماذا تعتقد أن يفعل دروDrew عندما يراك وأنت تدخل إلى الفصل؟

أندي : من المحتمل أن يشير إليّ ويضحك.

المعلمة : من الممكن أن يحدث ذلك فعلاً، ولكن ماذا ستفعل إذا حدث ذلك ؟

أندي : يمكن أن أتجاهله.

المعلمة : لن يكون ذلك سهلاً بالنسبة لك، وسوف يتطلب قدراً كبيراً من القوة الانفعالية حتى يمكنك أن تسيطر على رغبتك في إغاظته والرد عليه بالمثل. كما أنك يمكن أن تفعل ذلك ويقوم درو بإغاظتك، وهنا من الذي سيقع في مأزق؟

أندي : درو Drew

المعلمة: حقاً، لقد بدأت الآن تفكر حول أفعالك وتصرفاتك بشكل واضح، وسوف أبرم معك عقداً سلوكياً ينص على أنك إذا ما استطعت أن تتجاهل الإغاظة التي سوف يوجهها إليك درو فإنك سوف تحصل على مكافأة مني.

أندي : اتفقنا (James& Long,1992) .

يعتبر التعاون والمناقشة بين أعضاء الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي على درجة كبيرة من الأهمية وفي مصلحة الأطفال المضطربين

النموذج السلوكي

يعد النموذج السلوكي هو ثاني النماذج التي تقوم غالبية البرامج التربوية عليها في الوقت الراهن، ويتم تصميمها في ضوئها. وهناك في الواقع افتراضان أساسيان يكمنان خلف هذا النموذج السلوكي هما:

1- أن جوهر أي مشكلة إنما يتمثل في السلوك في حد ذاته.

2- أن السلوك يعتبر دالة للأحداث البيئية.

ويتم في هذا الإطار النظر إلى السلوك اللاتكيفي على أنه استجابات متعلمة لا تتناسب مع مواقف أو متطلبات معينة. وعلى هذا الأساس فإن التدخل المتبع ينبغي أن يتألف من إعادة ترتيب تلك الأحداث التي تسبق سلوك معين إلى جانب ما يمكن أن يترتب عليه من نتائج وذلك حتى نتمكن من تعليم الطفل سلوكاً أكثر تكيفاً.

وفي الواقع فإن النموذج السلوكي يعتبر كما يرى كوفمان وآخرون (2002) Kauff- et.al man وكير ونيلسون (1998) Kerr& Nelson بمثابة مدخل العلوم الطبيعية للسلوك، ويركز على التعريف الدقيق للمشكلة، ويستخدم مقاييس ثابتة لقياسها وتقييمها، ويلجأ إلى الضبط الدقيق للمتغيرات التي يعتقد أنها تساعد في الإبقاء على السلوك أو تؤدي إلى تغييره، وتحديد علاقات السبب والنتيجة التي يمكن أن تنشأ. وبالتالي فإن التدخل المتبع يضم اختيار الاستجابات المستهدفة، وقياس مستوياتها الراهنة، وتحليل الأحداث البيئية التي يحتمل السيطرة عليها أو ضبطها، وتغيير المقدمات أو النتائج حتى تحدث تغيرات ثابتة في السلوكيات المستهدفة.

وتوضح الحالة التالية المشتقة من دراسة دونلاب وآخرين (1994) Dunlap et.al كيف يمكن للنموذج السلوكي أن يوجه التعليم.

سفين Sven

كان سفين طفلاً في الحادية عشرة من عمره، وكان يحضر فصلاً تاماً أو مستقلاً في ذاته من فصول التربية الخاصة من جراء الاضطراب الانفعالي أو السلوكي، ولم يكن ينتبه للمهام المختلفة بشكل مناسب، كما كان حديثه غير مناسب وعدوانياً، وكان سلوكه عدوانياً أيضاً. وكان يقوم أحد الملاحظين بتسجيل سلوكه على مدى فترات زمنية بسيطة (15 ثانية) لمدة تتراوح بين 15-30 دقيقة من حصة اللغة الإنجليزية كل يوم. وأوضحت تلك الملاحظات أنه كان يشارك في المهام الأكاديمية بنسبة تقل عن 60% تقريباً من الوقت في المتوسط، وأن سلوكه كان يوصف بأنه فوضوياً في حوالي 40% تقريباً من الوقت.

وقد افترض المختصون الذين عملوا معه أن الأطفال الذين يبدون سلوكيات لاتكيفية إنما يحدث ذلك بسبب العديد من الأسباب المختلفة التي لا تتضمن تتابع تلك السلوكيات فحسب، بل أيضاً تلك المواقف التي تحدث فيها والحاجات أو المتطلبات اللازمة للأداء أي المقدمات أو الأحداث المنشطة. أما بالنسبة لهذا الطفل فإن الأحداث المنشطة أو المقدمات التي ترتبط بسلوكه اللاتكيفي كانت قد تغيرت. كذلك فإن تلك الأحداث المنشطة التي ترتبط بسلوكه غير المتعلق بالمهام المختلفة، وسلوكه الفوضوي، وما كان يفترض أن يقوم به من واجبات خاصة إذا لم يكن يحبها قد مثلت على الأقل مشكلة لا تقل عما أدت إليه نواتج سلوكه. وبالتالي فإن الاستراتيجية الأولية التي تم استخدامها لتعديل سلوكه كانت تتمثل في إعطائه ما قام باختياره من اختيارات تتعلق بالمهمة المرتبطة بحصة اللغة الإنجليزية والتي تراوح عددها بين 6- 8 اختيارات. وكان يمكن لأي من هذه الاختيارات أن يؤدي إلى نفس هذه النتائج تقريباً. وفي ظل هذه الظروف اشترك الطفل في المهام الأكاديمية خلال 95% تقريباً من الوقت المتاح، وانخفض معدل سلوكه الفوضوي إلى أقل من 10%من الوقت تقريباً.

وفي الواقع فإن إعطاءه واجبات قام هو بتحديدها واختيارها قد أدى إلى تحسين انتباهه لتلك المهام بصورة واضحة، وأدى من ناحية أخرى إلى الحد من سلوكه الفوضوي. كذلك فإن استخدام الأساليب السلوكية مثل مكافأة الطفل على سلوكه المناسب، وعلى أدائه الأكاديمي الملائم كانت له أهميته البالغة في هذا الإطار. وفضلاً عن ذلك فإن استغلال المعلمين لمعرفتهم بالمبادئ السلوكية في سبيل تغيير تلك الظروف المحيطة بالتعليم يمكن أن يقلل من تلك المقاومة التي يمكن أن يبديها الطفل للمهام المقدمة له، ويزيد من معدل انتباهه لمثل هذه المهام.

تحقيق التوازن بين التعليم الأكاديمي والتعلم الاجتماعي لضبط السلوك

لاحظ بعض الكتاب كما يرى نيتزر وآخرون Knitzer et.al (1990) أن نوعية البرامج التربوية التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً غالباً ما تتسم بالكآبة بغض النظر عن ذلك النموذج التصوري الذي تستند عليه الممارسة حيث غالباً ما يكون التركيز خلالها على الضبط الخارجي الصارم لسلوك التلاميذ، أما التعليم الأكاديمي والتعلم الاجتماعي فغالباً ما يكون أمراً ثانوياً، أو يتم تجاهله بالكامل. ويرى كولمان وفون Coleman&Vaughn (2000) أن المعلمين أنفسهم غالباً ما تنقصهم المعرفة والمهارة بالتدخلات الأكاديمية لتعليم المهارات الأساسية كالقراءة على سبيل المثال. وعلى الرغم من أن جودة التعليم بالنسبة لهؤلاء الأطفال تكون منخفضة في غالبية البرامج التي يتم تقديمها لهم وذلك في كافة المستويات الأكاديمية والاجتماعية فإن هناك العديد من البرامج الأكاديمية والاجتماعية ذات الفعالية العالية التي يتم استخدامها بالفعل في هذا الصدد.

وتمثل استراتيجيات الضبط السلوكي كما يشيركوفمان وآخرون Kauffman (2002) al.et. وفالك وويهبي Falk&Wehby (2001) وسوزرلاند وويهبي Sutherland (2001) &Wehby وشتاين ودافيز Stein& Davis (2000) جزءاً أساسياً من البرامج التربوية للأطفال الذين يعانون من النمط الخارجي للمشكلات السلوكية externalizing حيث يكون من غير المحتمل بالنسبة لهم أن يحدث التعلم الأكاديمي والاجتماعي دون وجود أساليب فعالة لضبط السلوك الفوضوي. كذلك فإن التعليم الأكاديمي المتميز سوف يؤدي من جانب آخر إلى الحد من العديد من المشكلات السلوكية إضافة إلى تعليم أولئك الأطفال المهارات الأكاديمية الهامة. وعلى الرغم من ذلك فإنه حتى أفضل البرامج التعليمية لن تؤدي إلى الحد من السلوكيات الفوضوية لكل التلاميذ، وبالتالي يجب على معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً أن يستخدموا استراتيجيات الضبط الفعالة وخاصة تلك الأساليب التي تقوم على تعليمهم الضبط الذاتي أو ضبط النفس وذلك في سبيل الحد من سلوكياتهم الفوضوية. وفضلاً عن ذلك فإنه ينبغي على المعلمين أن يوفروا قدراً أكبر من التعليم الفعال للمهارات الأكاديمية والاجتماعية التي يمكن أن تسمح لأولئك الأطفال كما يرى فارمرز وآخرون Farmers et.al (2001) أن يتعلموا، ويعيشوا، ويعملوا مع الآخرين. كذلك يرى جولفيت وآخرون Jolivette et.al (2002) وكوفمان وآخرون Kauffman et.al (2002) أنه ينبغي على المعلمين أن يسمحوا لأطفالهم بتقديم كل الاختيارات التي يمكنهم أن يتوصلوا إليها وخاصة تلك الاختيارات التي تتناسب معهم.

أهمية التكامل بين المؤسسات المختلفة لتقديم الخدمات

مما لا شك فيه أن الأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يميلون إلى أن يبدوا حاجات متعددة ومعقدة. وفضلاً عن مشكلاتهم المتعددة في المدرسة هناك العديد من المشكلات التي يسببونها في الأسرة وفي المجتمع المحلي حيث يقومون بالعديد من الأنشطة غير القانونية، ولا توجد أي علاقات مرغوبة تربطهم بأقرانهم أو بالراشدين من حولهم، كما يسيئون استخدام المواد، ويجدون صعوبة في الحصول على أي وظيفة أو شغلها، وإذا ما شغلوها فإنهم عادة ما يجدون صعوبة في الاستمرار فيها. وبذلك فإن مثل هؤلاء الأطفال والمراهقين قد يحتاجون بجانب التربية الخاصة كما يرى فارمر وفارمر Farmer& (1999) Farmer إلى العديد من تلك الخدمات التي توجهها الأسرة، والإرشاد أو العلاج النفسي، والإشراف المجتمعي، والتدريب الذي يتعلق بتلك الوظيفة التي يودون أن يقوموا بشغلها، وما إلى ذلك وهو الأمر الذي يجعل من الصعب على أي مؤسسة لتقديم الخدمات أن تتمكن من القيام بمفردها بتلبية احتياجات معظم هؤلاء الأطفال والمراهقين، إلا أن هذا لا يمنع من وجود

دور رئيسي وحيوي يمكن أن تقوم المدرسة به في هذا الإطار. ولذلك يبدو من الضروري كما يرى زانجليز وآخرون Zanglis et.al (2000) وشتاين ودافيز Stein & Davis (2000) وإدجار وسيجل Edgar & Siegel (1995) أن يحدث تكامل بين هذه المؤسسات جميعاً في سبيل تقديم الخدمات اللازمة لهؤلاء الأطفال والمراهقين.

الاستراتيجيات الفعالة

بغض النظر عن ذلك النموذج التصوري الذي يقوم بتوجيه عملية التربية التي يتم تقديمها إلى هؤلاء الأطفال يمكننا أن نشير إلى العديد من الاستراتيجيات الفعالة في هذا الصدد علماً بأن غالبية تلك الاستراتيجيات تتبع النموذج السلوكي في حين يكون من الممكن أن نجد هناك نماذج أخرى قد تتضمن بعض هذه الاستراتيجيات أيضاً. ومن الواضح أن الاستراتيجيات الناجحة في كافة المستويات منذ التدخل المبكر وحتى الانتقال إلى مرحلة الرشد تعمل على إيجاد توازن بين التعليم الأكاديمي والمهارات الأكاديمية، وتقدم خدمات متكاملة لهؤلاء الأفراد. وتتضمن عدداً من العناصر على النحو التالي:

1- التدخلات المنظمة التي تستند على قواعد بيانات معينة، ويتم تطبيقها بشكل منتظم وثابت، وتعتمد على النتائج الثابتة التي أسفرت عنها نتائج البحوث التي أجريت في هذا الميدان، ولا تستند إلى نظريات واهية أو ضعيفة.

2- قياس وتقييم مستمر لمدى التطور الذي يحدث حيث يتم قياس الأداء بشكل مباشر ويومي مع وجود تخطيط لذلك التطور يستند على تصوير ما تسفر عنه نتائج القياس والتقييم.

3- توفير الفرص اللازمة لممارسة المهارات الجديدة وهو الأمر الذي يتم بشكل مباشر في مواقف يومية من خلال النمذجة والتكرار والممارسة التي تقوم على التوجيه.

4- تقديم العلاج المكافئ للمشكلة إذ يتم تصميم واختيار التدخلات المختلفة حتى تعمل على إشباع حاجات هؤلاء الأفراد على المستوى الفردي وتراعي ظروفهم المعيشية الخاصة، ولا يتم اللجوء إلى أي صيغ عامة تتجاهل طبيعة المشكلة، ومدى تعقدها، وشدتها.

5- العلاج متعدد المكونات multicomponent حيث يتم استخدام العديد من التدخلات المختلفة التي تعد ضرورية لإشباع تلك الحاجات المتعددة للأطفال كالتدريب على المهارات الاجتماعية، والتعليم الأكاديمي، والعلاج الطبي، والعلاج النفسي أو الإرشاد، والإرشاد الأسري أو التدريب الوالدي.

6- برامج الإبقاء على النتيجة والانتقال إلى أثرها الذي تخلفه حيث يتم استخدام بعض التدخلات في سبيل تدعيم انتقال أثر التعلم إلى مواقف جديدة مع العلم بأن العلاج السريع قد يؤدي إلى الفشل في التوصل إلى تغير عام.

7- اللجوء إلى تلك التدخلات ذات الأثر الثابت والتي يتم استخدامها مع اضطراب محدد وهي تلك التدخلات التي يتم اللجوء إليها أو تصميمها على أساس أن العديد من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية عبارة عن إعاقات نمائية وسوف لا يمكن أن نعالجها تماماً أو نحد منها بشكل كلي.

نماذج تقديم الخدمة

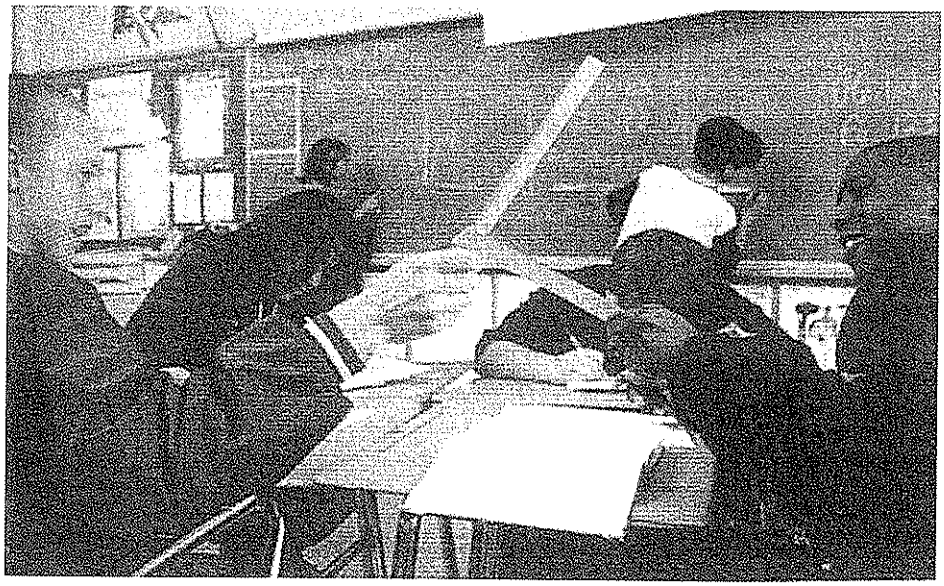
يشهد الواقع كما يرى كل من فارمر وآخرين Farmer et.al (2001). وكوفمان Kauffman(2001) وكازدين Kazdin(1997) وباترسون وآخرين Patterson et.al (1992). أن هناك نسبة ضئيلة من الأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً هم الذين يتم تحديدهم وتشخيصهم بشكل رسمي والذين يتلقون بالتالي خدمات التربية الخاصة أو الصحة النفسية. ونتيجة لذلك فإن أولئك الأفراد الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة تقابلهم العديد من المشكلات الخطيرة، بل ويعانون منها وذلك على الرغم من أن معظمهم وخاصة من يعانون كذلك من تخلف عقلي بسيط أو من صعوبات التعلم يفترض أن يعانوا من إعاقة بسيطة فقط. وهذا يعني أن مشكلات الطفل المضطرب انفعالياً أو سلوكياً والذي يتم تحديده لتلقي خدمات التربية الخاصة قد تكون أكثر خطورة مما يفترضه الكثيرون. ولا تنطبق تلك الشدة التي تتسم بها مشكلاتهم على اضطراب التوحد والفصام فحسب، بل قد يعاني الطفل من اضطراب سلوكي شديد أيضاً ذات آثار معوقة ثابتة وخطيرة للغاية.

وعند مقارنة الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً بغيرهم من الأطفال الذين يعانون من معظم الإعاقات الأخرى نجد أن معظمهم يتلقى تعليمه خارج الفصول والمدارس العادية وهو الأمر الذي قد يرجع جزئياً إلى أنهم يعانون في الغالب من مشكلات أكثر خطورة وذلك قبل أن يتم تحديدهم وتشخيصهم على أنهم كذلك إلى جانب أن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية تتضمن عدداً كبيراً من هذه الاضطرابات وهو ما يجعل من الصعب أن نصل إلى تعميمات تتعلق بتلك الكيفية التي يتم بموجبها تطبيق البرامج المستخدمة.

وحتى إذا كان الأمر كذلك فإن الاتجاهات المتبعة في تلك البرامج التي يتم تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال تميل إلى دمجهم أو حتى ضمهم أو احتوائهم في مدارس وفصول التعليم العام. وحتى عند وضعهم في فصول ومدارس مستقلة فإن المعلمين يأملون أن يتم دمجهم مع

أقرانهم بالتعليم العام علماً بأن دمج أو ضم واحتواء أولئك الأطفال في مدارس التعليم العام يعد أمراً صعباً للغاية، ويتطلب العمل المكثف على مستوى الحالات الفردية. وفضلاً عن ذلك فإن البعض يرى كما يشير كوفمان وآخرون Kauffman et.al (2002) وفارمر وآخرون Farmer et.al (2001) أن الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً الذين يعتبرون في خطر كبير يجعلهم يعانون من المشكلات المستمرة يحتاجون إلى أن يلتحقوا بفصل من فصول التربية الخاصة، وأن يتلقوا المساندات التي يتم تقديمها فيه وهو ما يعني أن وجودهم في أحد فصول التربية الخاصة يعد أفضل من دمجهم مع أقرانهم في فصول ومدارس التعليم العام.

وعلى هذا الأساس فإن القرارات التي تتعلق بتسكين الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً تعد في الواقع محفوفة بكم كبير من المخاطر والمشاكل. ويقدم أولئك المعلمون الذين يعملون على تقديم الخدمات المختلفة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية شديدة جداً مبررات كافية لوضع هؤلاء الأطفال في فصول التربية الخاصة حيث يرون أنه من غير الممكن أن نضعهم في مدرسة عادية تتطلب تقديم خدمات فردية مكثفة على درجة عالية من الترتيب والتخطيط وهم على هذه الدرجة من المشكلات، وبتلك المعدلات المرتفعة التي تتلقى الخدمات المختلفة في فصول التربية الخاصة.



قد يكون دمج الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً في مدارس التعليم العام محفوفاً بالمخاطر نظراً لما يثيرونه من مشكلات مختلفة

وعلى هذا الأساس يصبح من المهم كما يرى كروكيت وكوفمان (1999) Crockett &Kauffman أن نبقي على تلك الاختيارات التي تتعلق بمتصل التسكين الخاص بهؤلاء الأطفال، وأن يتم اتخاذ قرارات على أساس فردي تتعلق بهذا الخصوص وذلك بعد تصميم برنامج تربوي مناسب وتحديد ما يمكن أن يتعلق به من خدمات يتم تقديمها لهم. ولا يجب من هذا المنطلق أن يتم تسكينهم خارج إطار التعليم العام ما لم يتطلب إشباع حاجاتهم المختلفة أن يتم ذلك الأمر بهذه الكيفية حيث أن التعديلات الخاصة بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA التي تمت في عام 1997والتي تحتم ضرورة وضع الأفراد ذوي الإعاقات في بيئة أقل تقييداً تنطبق بالطبع على أولئك الأطفال المضطربين سلوكياً وذلك كغيرهم من الأطفال في فئات الإعاقة الأخرى بمعنى أنه يجب أن يتم تعليم أولئك الأطفال في إطار مدارس التعليم العام مع أقرانهم العاديين حتى يحصلوا على القدر المناسب من التربية. ومع ذلك فإن حاجة هؤلاء الأطفال للحصول على القدر الملائم من التربية والأمان لا بد أن يكون له الأولوية على تسكينهم في بيئة أقل تقييداً.

بعض الاعتبارات التعليمية

من الجدير بالذكر أن العديد من الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً كانوا يلتحقون بالمدارس العادية قبل أن يتم تحديدهم وتشخيصهم على أنهم مضطربون، وكان يمكنهم آنذاك أن يلاحظوا تلك النماذج الملائمة من جانب أقرانهم، وأن يقوموا بالتعلم منها. ومع أن هؤلاء الأطفال في الواقع يفشلون في تقليد مثل هذه النماذج فإنه من غير المحتمل بالنسبة لهم أن يستفيدوا فقط من وجودهم مع أقران لهم غير معوقين حيث يعتبر التعلم الاجتماعي العرضي غير كاف لتناول تلك الصعوبات التي تواجههم والمشكلات التي يسببونها. ولكي يتعلم الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً من نماذج السلوك الملائم التي يقدمها الأقران فإن غالبيتهم يحتاج إلى تعليم مركز وصريح يتعلق بمن يقلدونه وما يقلدونه. وإضافة إلى ذلك فإنهم قد يحتاجون إلى تعليم مكثف وصريح للمهارات الاجتماعية يتضمن متى، وأين، وكيف يقومون أو يأتون بأنماط معينة من السلوك.

ومن المتفق عليه أن المنهج الأكاديمي الذي يتم إعداده وتقديمه للأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يوازي ذلك المنهج الذي يتم تقديمه لغالبية التلاميذ حيث تعتبر المهارات الأكاديمية الأساسية ذات قيمة كبيرة لأي فرد في المجتمع يكون في إمكانه أن يتعلمها، كما أن الفشل في تعليم الطفل القراءة والكتابة وأداء العمليات الحسابية الأساسية يحرمه من أي فرصة لتحقيق التوافق الناجح مع المطالب الحياتية اليومية. كما أنه من المحتمل بالنسبة لأولئك الأطفال الذين لا يكتسبون المهارات الأكاديمية التي تسمح لهم بمنافسة أقرانهم أن يتم رفضهم اجتماعياً.

هذا وقد يحتاج الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً إلى تعليم خاص في المهارات الاجتماعية أيضاً. وهنا فنحن نؤكد على نقطتين هامتين هما:

1- الحاجة إلى أساليب فعالة في سبيل تعليم هؤلاء الأطفال المهارات الأكاديمية.

2- أن المهارات الاجتماعية والخبرات الانفعالية لا يقلان في أهميتهما عن المهارات الأكاديمية.

كذلك فإن كيفية إدارة المشاعر والسلوك وتهذيبهما، وكيفية مسايرة الآخرين تعد كما يرى فارمر وآخرون Farmer et.al (2001) وبليك وآخرون Blake et.al (2000) وبريسلي وهوجيز Presley& Hughes (2000) من الملامح الأساسية التي تميز المنهج الدراسي الذي يتم تقديمه لهؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً حيث من غير المتوقع أن يتعلم أولئك الأطفال مثل هذه المهارات دون أن يحصلوا على التعليم اللازم في هذا الإطار والذي ستؤدي العمليات العادية المتضمنة في التنشئة الاجتماعية من خلاله عملها، ويصبح لها أثرها الفعال. ومن جانب آخر يمكننا أن نجد هناك العديد من الاستراتيجيات الفعالة التي يمكن أن نحقق تلك الأهداف بموجبها ومن خلالها. ومن أهم هذه الاستراتيجيات التعامل مع الأقران المضطربين انفعالياً أو سلوكياً والذين يكونوا هم أنفسهم قد تعلموا تلك المهارات الاجتماعية الهامة.

كذلك فمن المؤكد أن الأطفال الفصاميين أو الذين يعانون من أي اضطرابات نفسية أساسية أخرى يتباينون بشكل كبير فيما يقومون به من سلوكيات، وما يتعرضون له من مشكلات تعلم حيث قد يحتاج بعضهم إلى الإيداع بالمستشفى وتلقي الرعاية المكثفة في حين قد يبقى غيرهم في منازلهم، وقد يحضرون إلى مدارسهم العادية. أما عن تلك الاتجاهات التي تتعلق بتعليمهم والتي تسود في وقتنا الراهن فهي تبتعد تماماً عن تسكينهم في مؤسسات خاصة بهم أو في مدارس التربية الخاصة، بل إنها تسير في اتجاه أكثر وأبعد من الدمج هو الضم أو الاحتواء في المدارس العامة العادية وإن كانت هناك بعض الحالات الخاصة التي ينتظم فيها الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية أساسية في المدارس العادية، ولكنهم يكونوا مقيدين في فصول خاصة في ذات الوقت.

ومن ناحية أخرى سوف نجد أنه من الصعب علينا أن نصف حتى ولو بشكل عام تلك الترتيبات التربوية التي يتم إعدادها للجانحين الأحداث نظراً لأن الجنوح يعتبر مصطلحاً قانونياً وليس تربوياً، كما أن تلك البرامج التي يتم تقديمها للمراهقين ذوي مستوى الجنوح المرتفع جداً تتباين كثيراً من ولاية إلى أخرى، بل ومن منطقة إلى أخرى في إطار الولاية الواحدة. وأحياناً ما تكون هناك فصول خاصة أو مدارس في إطار التربية الخاصة تستقبل

أولئك المراهقين الذين يكون لهم تاريخ مرضي يتضمن قيامهم بسلوكيات التهديد، أو العنف، أو السلوك الفوضوي. وتتم إدارة بعض هذه المدارس والفصول في إطار قانون التربية الخاصة وهو الأمر الذي قد لا ينطبق على البعض الآخر من هذه المدارس نظراً لأن التلاميذ الذين يحضرون إليها لا يعتبرون مضطربين انفعالياً.

ومن الجدير بالذكر أن هناك تبايناً كبيراً في تلك البرامج والممارسات التربوية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال والمراهقين في السجون والإصلاحيات والوحدات الأخرى التي يتم احتجازهم فيها حيث نجد أن تعليم الأطفال والمراهقين المسجونين والذين يعانون في الوقت ذاته من صعوبات التعلم تحكمه نفس القوانين التي يتم تطبيقها على أقرانهم غير المسجونين، إلا أن مثل هذه القوانين لا يتم تطبيقها بالشكل المناسب. كذلك فإن العديد من الأطفال المسجونين لا يتم تقييمهم بشكل مناسب، ولا يتلقون ذلك التعليم الذي يتناسب مع احتياجاتهم نظراً لعدم وجود المصادر اللازمة لذلك، والانخفاض الكبير لمستوى التعاون بين الهيئات المختلفة، والاتجاه السائد الذي يرى أن الجانحين والمجرمين لا تتاح لهم نفس الفرص التعليمية التي تتاح لمن يمتثلون للقانون من أقرانهم.

ويتضح في ضوء ذلك أنه يجب على معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً أن يتسموا بقدر كبير من التسامح بالنسبة للكآبة والحزن والرفض دون إبداء أي عدوان مضاد أو انسحاب حيث من المعروف أنهم يقومون بالتدريس لأطفال يتسم غالبيتهم بالرفض من الآخرين. وإذا كانت الشفقة والاهتمام هي كل ما نطلبه لمساعدة هؤلاء الأطفال لكان من الممكن ألا يتم اعتبارهم معوقين. ومن ثم فإنه لا يمكن للمعلمين أن يتوقعوا أن تؤدي العناية واللطف إلى ذلك بل يجب أن يثقوا في تدريسهم لهؤلاء الأطفال، وفي تعليمهم المهارات الحياتية المختلفة، وأن يكونوا راضين وقادرين على أن يتوصلوا إلى اختيارات حكيمة لأولئك الأفراد الذين يؤثرون التصرف بطريقة غير حكيمة.

بعض الاعتبارات المتعلقة بفرض نظام خاص عليهم

يعتبر موضوع النظام من الموضوعات التي دار حولها جدل كبير وخاصة بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات كما أشرنا في الفصل الثاني حيث لا تتضح الأمور القانونية بشكل جلي للعديد من المعلمين والإداريين فلا يعرفون بالتالي ما هو القانوني في تلك الأمور. وإذا ما كانت هناك قواعد خاصة يتم تطبيقها في بعض الحالات على الأطفال ذوي الإعاقات فإنه عادة ما يتم تطبيق بعض القواعد المدرسية في بعض الحالات، وعدم تطبيقها في حالات أخرى كما يرى ييل وآخرون (2001) Yell.et.al كذلك فقد شهدت هذه الأمور فيما يتعلق بالأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً جدلاً كبيراً نظراً لأنه غالباً ما يكون من الصعب تحديد تلك الأسباب التي تكمن خلف سلوكهم المشكل.

كذلك فإن هناك قدراً كبيراً من عدم الثقة أو الجدل عادة ما يتعلق بتغيير تسكين الطفل أو الإشراف عليه أو استبعاده من المدرسة بسبب سلوكه الخطير والذي قد يتمثل في إحضار سلاح أو أدوية غير مصرح بها قانوناً إلى المدرسة على سبيل المثال. ومن المعروف أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA حينما يفرض نظاماً معيناً على هؤلاء الأفراد إنما يهدف إلى توفير بيئة مدرسية آمنة لهم دون أن تنتهك حقوقهم في هذا النظام، كما أنه يساعد أيضاً في وضع إعاقتهم في الاعتبار. ومع ذلك فقد قام المسئولون عن التعليم العام في عام 2001 بالسماح لإدارة كل مدرسة محلية أن يطبقوا على الأطفال ذوي الإعاقات نفس النظام الذي يقومون بتطبيقه على الأطفال العاديين وذلك فيما يتعلق بالإشراف عليهم واستبعادهم من المدرسة، وهم لا يعنون مطلقاً بذلك استبعاد الأطفال ذوي الإعاقات من المدرسة، ولكنهم يسمحون باستخدام هذا النظام فقط معهم كما هو الحال بالنسبة لأقرانهم العاديين طالما يتم تعليمهم معاً في نفس المكان. كذلك فإن الولايات المختلفة بما تضمه من محليات تتبع تلك القواعد التي يقرها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وعينها على تحقيق ذلك الهدف الأساسي المتضمن والذي ينص على الاستمرار في تقديم التعليم لذلك الطفل الذي يتغير تسكينه إلى موضع بديل على ذلك المتصل الخاص بالتسكين الذي يتم استخدامه مع أولئك الأطفال عامة.

التقييم الوظيفي للسلوك وتدعيم السلوك الإيجابي

يشير جيبل (1999)Gable وهاويل ونيلسون (1999) Howell& Nelson ونيلسون وآخرون (1999) Nelson et.al وسكوت ونيلسون (1999) Scott& Nelson وسوجاي وهورنر (1999– 2000)Sugai & Horner إلى أن تلك التعديلات التي لحقت بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات في عام 1997 قد أثارت العديد من الأمور الجدلية التي تتعلق بتقييم السلوك، فالقانون ينادي بالتحليل الوظيفي أو التقييم الوظيفي للسلوك، إلا أن معاني هذه المصطلحات ليست واضحة في سياق القانون. كذلك فإننا سنجد فيما يتعلق بالدقة أن ما لا يطلبه القانون من معلمي التربية الخاصة ومن الأعضاء الآخرين في الهيئة التدريسية غير محدد.

وهناك وجهة نظر تؤكد على أن القانون يتطلب من المعلمين أن يقوموا بالتقييم ذات المغزى والدلالة الذي يساعدهم على تطوير العديد من التدخلات الفعالة. وفي ضوء هذا الافتراض ليست هناك حاجة لتغيير إجراءات التقييم في العديد من الحالات، كما يحتاج المعلمون إلى التأكد من أن التقييم يصبح له مغزاه ودلالته عندما يرتبط بالتدريس والإدارة. وهناك وجهة نظر بديلة ترى أن التقييم الوظيفي للسلوك يشير إلى مجموعة محددة من الإجراءات تهدف

إلى تحديد ذلك السلوك الذي يصدر عن الطفل أي ما يريد أن يقوم الطفل بتوصيله من خلال ذلك السلوك الذي يقوم به، أو ما يحاول أن يقوم بإنجازه من خلال سلوكه غير الملائم. وإذا ما افترضنا أن هذا المعنى صحيحاً فإن ذلك سوف يتطلب كما يرى ساسو وآخرون (2001) Sas-so et.al وجود العديد من المصادر كي يتم تدريب المعلمين على تطبيق تلك الإجراءات ذات التقنية العالية. هذا وقد تمت دراسة مثل هذه الإجراءات بشكل موسع في حالة الأطفال ذوي الإعاقات العقلية الشديدة وليس مع أولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. وفي الواقع فنحن نرى أنه من المحتمل بالنسبة لهذا الجدل حول المعنى الدقيق للتقييم الوظيفي للسلوك والمصطلحات المشابهة أن يستمر حتى تقوم وزارة التربية بتحديد ما يعنيه وما لا يعنيه هذا المصطلح.

ويشهد الوقت الراهن تأكيداً كبيراً على تدعيم السلوك الإيجابيPBS وخطط التدخل السلوكيBIP behavior intervention plans لأولئك التلاميذ المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. ويتضمن معظم التراث السيكلوجي في هذا الموضوع كما يرى سوجاي وآخرون Sugai et.al(2000) ولويس وسوجاي Lewis& Sugai (1999) تلك الجهود التي يتم بذلها في سبيل التركيز على تدعيم السلوك الإيجابي بدلاً من العقاب أي عقاب الطفل على سلوكه السلبي. كما أنه يتضمن أيضاً كما يشيرشتاين ودافيز Stein& Davis(2000) ذلك التعليم الفعال للمهارات الأساسية كوسيلة للتدعيم الإيجابي للسلوك وهو الأمر الذي ساهم في زيادة إدراك الباحثين أن المشكلات السلوكية يقل حدوثها في الفصل عندما يقوم المعلم بتقديم التعليم الفعال.

ينخفض معدل السلوك المشكل في الفصل مع تقديم المعلم للتعليم الفعال

هذا ويوضح شتاين ودافيز (Stein& Davis (2000 معنى التدعيم الإيجابي للسلوك، ويعرضان في سبيل ذلك مثالاً للممارسات المتبعة تفصيلياً كما يلي:

" كانت سارة في الفصل السادس، إلا أن مستواها في القراءة لم يكن يزيد عن ذلك المستوى الذي يبديه طفل في الصف الثاني. لذلك فإنها كانت تنتظر أن تحصل على المساعدة كثيراً من الوقت، وبالتالي فلم تكن تحصل على درجات جيدة في القراءة وهو الأمر الذي كان يعرضها للكثير من المضايقة من قبل أقرانها. وكانت سارة تنغمس أثناء قراءة التعليمات في سلوكيات لفظية غير مناسبة حيث كانت تقوم بتهديد المعلمة والأطفال الآخرين الذين يحيطون بها حتى يتم إبعادها عن الفصل. فلو نظرنا إلى هذا السياق وما يتعلق به من سلوكيات فسوف نجد أن معلمتها قد افترضت أن سلوكها اللفظي العدواني كان يعد بمثابة محاولة من جانبها للهروب من القراءة. وقد رأت المعلمة أنه لكي يتم تطوير خطة فعالة يتم على أثرها الحد من ذلك السلوك العدواني الذي كان يصدر عنها ينبغي أن يتمثل هدفها الأساسي في مساعدتها على القراءة " .

ومن الملاحظ أنه منذ منتصف الثمانينيات من القرن الماضي نادت الأسر والممارسين والباحثين باللجوء إلى المزيد من الاستراتيجيات الوقائية والإيجابية التي يمكن استخدامها مع أولئك التلاميذ الذين تصدر عنهم المشكلات السلوكية المختلفة كتلك التي عرضنا لها للتو وهو الأمر الذي ساعد على ظهور مفهوم تدعيم السلوك الإيجابي. وفي واقع الأمر يعتبر تدعيم السلوك الإيجابي مصطلحاً يتضمن العديد من الاستراتيجيات التدريسية الفعالة في كل المجالات المختلفة والتي تتضمن المجالات الأكاديمية، والاجتماعية، والصحة النفسية على سبيل المثال. كذلك فإن المكونات الخاصة بتدعيم السلوك الإيجابي تقوم على تلك الاستراتيجيات الإمبيريقية التي تركز على توفير بيئة لكل التلاميذ على حد سواء وليس أولئك التلاميذ الذين ينغمسون في مشكلات السلوك فحسب تتسم بالإيجابية، والثبات، والنجاح.

ومن ناحية أخرى فإن المصادر التي تتعلق بإدارة السلوك الإيجابي تتوفر في الشبكة الدولية للمعلومات حيث توجد العديد من المواقع الخاصة بها، كما أن غالبية هذه المواقع ترتبط بمواقع أخرى عديدة منها على سبيل المثال ما يلي:

- المركز القومي للتربية والإعاقة والأحداث edjj.org.
- مركز أوريجون Oregon للتعلم الاجتماعيoslc.org.
- مركز تقديم المساعدة الفنية للتدعيم السلوكي الإيجابي والتدخلات السلوكية الإيجابية pbis.org.

التدخل المبكر Early Jntervention

يعد الاكتشاف المبكر لتلك الحالات والوقاية منها كما يرى سبراجو وواكر Sprague& Walker(2000) أهدافاً أساسية لبرامج التدخل المختلفة لأي فئة من فئات الإعاقة. أما بالنسبة لأولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً فإن مثل هذه الأهداف تمثل مشكلات خاصة، ومع ذلك تعد تلك البرامج مبشرة وواعدة بالنسبة لهم حيث ترتبط الصعوبات الأساسية في هذا الموضوع بتعريف وقياس الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية خاصة بالنسبة للأطفال الأصغر سناً. ومن جانب آخر فإن ما يجعل هذه البرامج واعدة بالنسبة لهؤلاء الأطفال الأصغر سناً إنما يرجع كما يرى كايزر(2000) Kaiser وكامبس وآخرون(2000) Kamps et.al وكوفمان (1999) Kauffman إلى أن سلوكهم الاجتماعي الانفعالي يتسم بقدر كبير من المرونة وهو الأمر الذي يجعل الفرصة مواتية أمام تلك الجهود الموجهة باتجاه الوقاية أن تحقق النجاح المنشود.

وكما أشرنا من قبل فإن تعريف الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية بطريقة تضمن لنا تحديد هؤلاء الأطفال بشكل ثابت وصادق، وتشخيصهم كذلك تعد مهمة صعبة نظراً لأن تعريف وتحديد وتشخيص هؤلاء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر عملية معقدة نظراً لوجود العديد من العوامل الإضافية التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك. ويمكن أن نعرض لهذه العوامل على النحو التالي:

1- أن تلك المهام التطورية التي نتوقع من هؤلاء الأطفال الأصغر سناً أن يقوموا بها تعد أبسط بدرجة أكبر من تلك المهام التي نتوقع أن يقوم الأطفال الأكبر سناً بها، وبالتالي يتضح أن ذلك المدى الذي يتضمن تلك السلوكيات العادية التي يمكن أن نستخدمها في سبيل إجراء المقارنة بين هذه السلوكيات يعتبر مقيداً تماماً حيث أنه إذا كنا نتوقع من الرضع والأطفال الأصغر سناً أن يأكلوا، ويناموا، ويؤدوا تلك المهارات الحركية البسيطة نسبياً، وأن يستجيبوا اجتماعياً لوالديهم فإنه ينبغي أن يقوم الأطفال في سن المدرسة بتعلم المهارات الاجتماعية والحركية الأكثر تعقيداً وتنوعاً، وأن يقوموا بتطوير علاقات اجتماعية مناسبة مع العديد من الأقران والراشدين.

2- هناك تباين كبير في أساليب المعاملة الوالدية التي يبديها الآباء الفضلاء إلى جانب وجود تباين أيضاً في التوقعات الأسرية المرتبطة بسلوك الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك في الثقافات المختلفة وهو الأمر الذي يفرض علينا ألا نستخدم مطلقاً أي معايير غير مناسبة في تلك المقارنة التي نقوم بإجرائها حيث أن السلوك الذي يعتبر غير ناضج، أو انسحابياً، أو عدوانياً من جانب أسرة معينة قد لا يعتبر كذلك من جانب أي أسرة أخرى.

3- أن معدل نمو الأطفال في سنوات ما قبل المدرسة يعتبر سريعاً وغير مستو وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علينا أن نحدد في ضوئه أي التطورات التلقائية هي التي سوف تحدث.

4- أنه غالباً ما تتم ملاحظة الأنماط الأكثر شدة من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لأول مرة خلال سنوات ما قبل المدرسة، ولكن يظل من الصعب أن نحدد الفروق بين الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية أو الحالات الأخرى كالتخلف العقلي أو الصمم على سبيل المثال. وغالباً ما تتمثل الدلائل الأولى للاضطراب فيما يلي :

أ - وجود صعوبة في القيام بالوظائف البيولوجية الأساسية كتناول الطعام، والنوم، والإخراج على سبيل المثال.

ب- وجود صعوبة في إصدار الاستجابات الاجتماعية الملائمة كالاستجابة بشكل إيجابي لمحاولات الوالدين القيام بتوفير الراحة للطفل، أو حمله.

جـ- حدوث تأخر في تعلم اللغة.

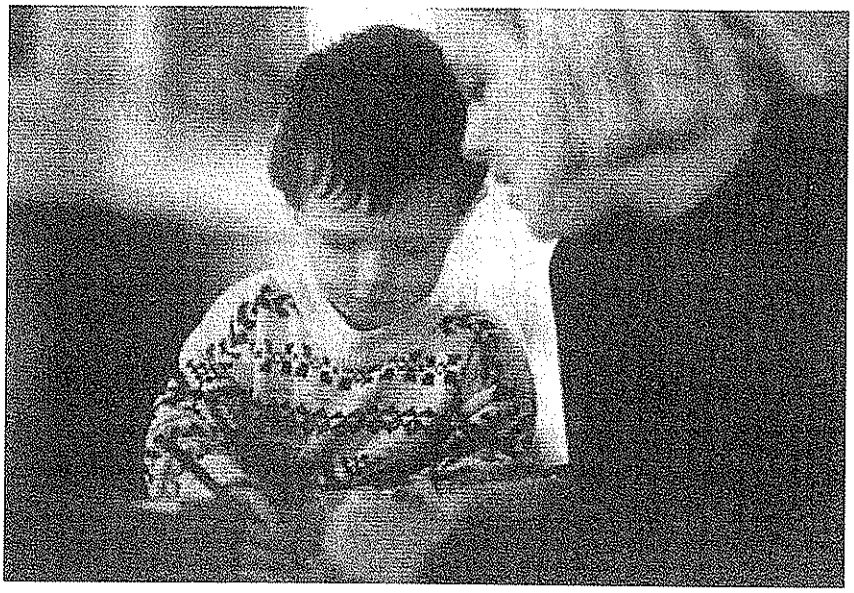
كذلك فإن وجود صعوبة في تلك الجوانب الأساسية أو في الوصول إلى الدلائل النمائية الأساسية كالمشي أو التحدث تدل على أن الطفل قد يعاني من إعاقة انفعالية أو سلوكية. إلا أن مثل هذه الصعوبات قد تكون كذلك مؤشرات لحالات أخرى كالتخلف العقلي، أو الإعاقة الحسية، أو الإعاقة الجسمية. وكما يرى توماس وجوسكين Thomas& Guskin(2001) فإن تشخيص السلوك الفوضوي بين الأطفال الأصغر سناً يمثل تحدياً كبيراً نظراً لأنهم قد يستجيبون للعديد من العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب بنفس السلوكيات الدالة على النشاط المفرط، والعدوان، والتحدي.

وفي الواقع فإن أنماط السلوكيات المشكلة التي قد تصدر عن الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة تتمثل كما يرى شو وآخرون Shaw et.al (2001) في تلك المشكلات التي تدفعهم إلى الصراع المستمر مع والديهم، أو القائمين على رعايتهم، أو أخوتهم، أو أقرانهم، أو هي تلك المشكلات التي قد تنأى بهؤلاء الأطفال بعيداً عنهم. فالعديد من الأطفال الذين تمت إحالتهم إلى العيادة النفسية بسبب سلوكهم الفوضوي عندما كانوا في المرحلة العمرية من السابعة وحتى الثانية عشرة من العمر قد أبدوا أدلة واضحة على المشكلات السلوكية عندما كانوا في الثالثة أو الرابعة من أعمارهم وربما عندما كانوا في سن أصغر من ذلك.

ومن ناحية أخرى فإن الرضع والأطفال الأصغر سناً الذين يتسمون بحالتهم المزاجية السيئة وصعوبة مراسهم أي الذين يتميزون بسرعة الغضب أو الانفعال أو قابلية الإثارة،

والذين يتميزون بأنماط غير عادية من النوم، وتناول الطعام، والإخراج، ويتميزون في الواقع بحدة استجاباتهم للعديد من المثيرات، وبردود فعلهم السلبية تجاه مصادر الإثارة الجديدة أو حتى المثيرات الجديدة، ويعدون في خطر من تطوير مشكلات سلوكية خطيرة إذا لم يتسم والدوهم بالمهارة في التعامل معهم. ومن المحتمل بالنسبة للأطفال في سن المدرسة أن يجعلوا الراشدين أو زملاء اللعب يستجيبوا لهم سلبياً إذا كانوا أكثر عدوانية أو أكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية قياساً بالعديد من الأطفال في مثل عمرهم. وقد تمثل مقارنتهم مع الأقران في نفس عمرهم أهمية كبيرة حيث أن المقارنات مع أطفال من هذا القبيل تعد على درجة عالية من الأهمية لما لها من دور بارز في توضيح ما يتميز به أولئك الأطفال، وتحديد وضعهم بالنسبة لأقرانهم. وعندما نتحدث عن هؤلاء الأطفال في مرحلة المهد على سبيل المثال فإننا نجد أنهم عادة ما يقومون بخطف ما يريدون، ويدفعون الأطفال الآخرين بعيداً عنهم، ويلقون بالأشياء المختلفة على الأرض، ويقذفون بأرجلهم ما قد يصادفهم من أشياء وخلافه، ويصرخون عندما يقوم أي شخص باعتراض طريقهم، كما أنهم لا يبدون مهارة في التفاعلات الاجتماعية، وغالباً ما يختبئون من الغرباء.

ونظراً لاستجابة هؤلاء الأطفال لتلك الظروف الموجودة في بيئتهم الاجتماعية، وإمكانية تأثر سلوكهم بالراشدين، بل وإمكانية قيام الراشدين بتشكيل سلوك أولئك الأطفال فإن تحقيق الوقاية الأولية أي منع حدوث المشكلات السلوكية الخطيرة في المقام الأول يعد أمراً عظيماً. وفي هذا الإطار يرى جمع من الباحثين أننا إذا ما قمنا بتعليم الآباء والمعلمين تلك المهارات التي تتعلق بالإدارة الفعالة لهؤلاء الأطفال وسلوكهم فإننا بذلك سوف نساعد في منع حدوث العديد من حالات الاضطراب وهو ما يمثل وقاية أولية على درجة كبيرة من الأهمية. وفضلاً عن ذلك يمكننا أن نتخيل أنه إذا ما اتسم الوالدان والمعلمون بتلك المهارات فإن الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً بالفعل لن يجدوا الفرصة مواتية أمامهم كي تزداد حالاتهم سوءاً وهذا ما يعرف بالوقاية الثانوية. إلا أن باور (1981) Bower يرى أن مهمة الوقاية الأولية ليست هينة على الإطلاق، ولا هي تعد بالمهمة البسيطة نظراً لتلك المبالغ المالية الباهظة التي نحتاجها في سبيل ذلك، وما نحتاجه من أفراد للتدريب على إدارة الطفل وهي الأمور التي قد لا تتوفر حتى وقتنا الراهن، وإذا ما توفرت فإن المختصين كما يشير كوفمان (1999)Kauffman وكازدين(1995) Kazdin لا يوافقون دائماً على أي الأنماط السلوكية هي التي ينبغي أن نقوم بمنعها، ولا على تلك الكيفية التي ينبغي أن نقوم بموجبها بمنع ذلك السلوك غير المرغوب من جانب الطفل من التطور.



يعد التدخل المبكر فعالاً في الحد من مشكلات الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً رغم صعوبة تحديد تلك المشكلات في السن من 3- 5 سنوات

ومن هذا المنطلق فإن الأمر يتوقف على تحديد تلك المشكلات في سن مبكرة، ثم تعيين أسلوب التدخل المبكر المناسب. ولكن إذا ما تم تحديد السلوك العدواني أو الانسحابي من جانب الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة فإنه يجب أن يتم تحديد أي برنامج من برامج التدخل يعد هو المرغوب فيه، ويعتبر هو الأكثر أهمية. ويرى العديد من الباحثين كما يرى شتاين وتيم Stein& Timm(2001) وفورنيس وآخرون Forness et.al (1998) فيما يتعلق بذلك أن التدخلات السلوكية تعتبر على درجة كبيرة من الفعالية في هذا المضمار. ومن المعروف أن المدخل السلوكي في هذا الإطار يهتم بتحديد سلوكيات الطفل، وقياسها، وإعادة ترتيب البيئة وخاصة استجابات الراشدين والأطفال الآخرين لمشكلة الطفل وذلك في سبيل تعليم الطفل السلوك الملائم، وتدعيم أو تعزيز هذا السلوك. وهذا يعني أننا بالنسبة للطفل العدواني على سبيل المثال ينبغي أن نمنع حصوله على أي مكافآت اجتماعية على العدوان، فقيام الطفل بضرب طفل آخر، أو إظهاره لنوبة مزاجية مثلاً يجب أن يؤدي إلى عزله اجتماعياً عن الآخرين لفترة بسيطة وهو ما يعرف بالإبعاد المؤقت وذلك بدلاً من الانتباه له، أو إعطائه المزيد من الاهتمام.

ومن الجدير بالذكر أن الباحثين يبحثون بشكل مستمر عن تلك الأساليب الأقل تعسفاً

للتعامل مع مشكلات السلوك بما فيها العدوان. وتعتبر أفضل وسيلة للتعامل مع اللعب العنيف أو العدواني هي التي تؤدي بفعالية إلى الحد من تكرار اللعب العدواني من جانب الطفل، والتي تتطلب أيضاً حدوث الحد الأدنى من العقاب. ولذلك فقد تم في إحدى الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث وخمس سنوات وهي تلك الدراسة التي أجراها شيربورن وآخرون Sherburne et.al(1988) قصر الألعاب العدوانية أو العنيفة كالتحدث عن الأسلحة والدمار والإصابة، أو تقليدها، أو ما إلى ذلك في جانب صغير من الفصل أو أحد أركانه وتم تسميته بركن البساط أو السجادة carpet ومن جانب آخر فإن الأطفال الذين انغمسوا في اللعب التخيلي بما فيه المسدسات على سبيل المثال قد طلب المعلمون منهم استخدام نغمة صوتية تبعث على السرور. ولو استمر اللعب لمدة تزيد على عشر ثوان بعد تحذير المعلم له يصبح عليه بالتالي أن يبتعد عن السجادة. وأوضحت النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسة أن هذا الإجراء كان على درجة كبيرة من الفعالية في الحد من السلوك العنيف والعدواني المتضمن في ذلك اللعب الذي كان يقوم الطفل به.

وباختصار فإننا يمكن أن نقوم في سن مبكرة بتحديد أولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للاضطراب الانفعالي أو السلوكي حيث يبدي هؤلاء الأطفال مزيداً من العدوان والانسحاب الاجتماعي، وقد يتعرضون للرفض الاجتماعي، أو مصاحبة الأقران المنحرفين. وبعد أن نقوم بتحديد مثل هؤلاء الأطفال ينبغي أن يتعلم آباؤهم ومعلموهم كيفية تعليمهم المهارات الاجتماعية، وإدارة مشكلاتهم السلوكية وذلك باستخدام إجراءات إيجابية وغير عنيفة. وهنا يمكننا أن نقرر أنه إذا ما تم تحديد وتشخيص الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً في وقت مبكر من حياتهم، وكانت التدخلات المستخدمة كافية، وشاملة، ومكثفة، ومستمرة، وملائمة يصبح هناك فرصة جيدة للحد من مشكلاتهم تلك واضطرابهم هذا إلى جانب قيامهم بالأنماط السلوكية العادية أي التي تصدر عن أقرانهم العاديين (غير المضطربين) وهو الأمر الذي يؤكد على أهمية الاكتشاف المبكر لهؤلاء الأطفال، والتدخل المبكر للحد من مشكلاتهم واضطرابهم.

ومع ذلك فإن النتائج التي أسفرت عنها البحوث التي تم إجراؤها في هذا الميدان تكشف كما يشير دنكان وآخرون Duncan et.al (1995) عن عدم حدوث التدخل المبكر وما يرتبط به من ممارسات مختلفة في الواقع الفعلي حيث أن التدخل بوجه عام لا يحدث عادة إلا عندما يبدي الطفل نمطاً مضطرباً جداً من السلوك لعدة سنوات. كذلك يرى كوفمان Kauffman(1999) أن أهم الأسباب الأولية التي تكمن خلف ندرة حدوث التدخل المبكر تتضمن ما يلي:

1- القلق الذي ينتاب الراشدين حول تسمية الطفل بذلك الاسم وما يرتبط به من وصمة له.

2- التفاؤل بحدوث نتائج إيجابية مع نمو الطفل المضطرب وتطوره بمعنى أنه سوف يتخلص من مثل هذه السلوكيات مع نموه.

3- نقص الموارد اللازمة للتعامل مع الحاجات الضرورية لمثل هؤلاء الأطفال المشكلين.

4- تجاهل تلك الإرشادات المبكرة التي يمكن أن يبديها مثل هؤلاء الأطفال والتي تتعلق بمشكلاتهم الانفعالية أو السلوكية.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Aduthood

من الجدير بالذكر أن البرنامج الذي يتم تقديمه للمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً كما يرى ماج وكاتسيانيس (1998) Maag& Katsiyannis يتنوع ويتباين بشكل كبير في أهدافه ومحتواه. ومع ذلك فلا تزال الاختيارات التالية هي الاختيارات الأساسية في وقتنا الراهن. وتتضمن هذه الاختيارات ما يلي:

1- الفصول العامة العادية بالمدارس العليا أو الثانوية.

2- المعلمون المرشدون الذين يعملون مع معلمي التعليم العام والذين يوفرون العمل الأكاديمي الفردي وإدارة السلوك.

3- غرف المصادر والفصول الخاصة القائمة أو المستقلة بذاتها والتي قد يتم إرسال هؤلاء المراهقين إليها لجزء من اليوم أو طوال اليوم الدراسي بأكمله.

4- برامج الدراسة والعمل والتي يتم فيها الدمج بين التعليم المهني وخبرات العمل من ناحية والدراسة الأكاديمية من ناحية أخرى.

5- مدارس التربية الخاصة (العامة أو الخاصة) التي تعمل على تقديم المنهج الدراسي العادي المقدم في المدرسة العليا أو الثانوية ولكن في ظل ظروف مختلفة ووضع مختلف.

6- المدارس البديلة التي تقدم برامج فردية غير تقليدية في وضعها ومحتواها.

7- مدارس خاصة private أو عامة تعمل بنظام الإقامة الداخلية.

وغني عن البيان أن المراهقين المسجونين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يمثلون إحدى الفئات التي يتم إهمالها في التربية الخاصة. ويرى البعض أن حاجات هؤلاء المراهقين المسجونين التي تتعلق بالتربية الخاصة قد يتم إهمالها نظراً لأن مثل هؤلاء المراهقين يعرفون

بأنهم يعانون من سوء التوافق الاجتماعي وليسوا مضطربين انفعالياً. كذلك فإن التعريف الفيدرالي الراهن يبدو أنه يسمح بتجاهل تقديم خدمات التربية الخاصة لعدد كبير من المراهقين يتمثلون في أولئك المراهقين الذين يبدون أنماطاً خطيرة من سوء السلوك، ولهم تاريخ طويل من الفشل في المدرسة.

ومن ناحية أخرى يعتبر من الصعب تصميم برامج للتربية الخاصة في مستوى المدرسة الثانوية يتم تقديمها للمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً حيث أن مثل هذه الفئة تعد على درجة كبيرة من التباين. كذلك فإن المراهقين الذين يتم تصنيفهم في ضوء أهداف معينة للتربية الخاصة على أنهم مضطربون انفعالياً قد يتسمون بالعديد من الخصائص السلوكية التي تتراوح بين السلوك الانسحابي شبه التوحدي إلى الجنوح العدواني، كما تتراوح معدلات ذكائهم بين التخلف العقلي الشديد والموهبة المرتفعة، أما مهاراتهم الأكاديمية فتتراوح في مستواها بين ذلك المستوى الموازي لما قبل المدرسة وحتى المستوى الموازي للمرحلة الجامعية. وبالتالي يصبح من الصعب أن نجد هناك برنامجاً أو نموذجاً معيناً يعتبر مناسباً لهؤلاء المراهقين وهو الأمر الذي يؤكد أن هذه الفئة قياساً بغيرها من الفئات الأخرى تحتاج إلى نوع من التربية يتسم بدرجة عالية من الفردية، والمرونة، والإبداع. وقد تتراوح تلك البرامج في الواقع بين الاهتمام بتعليم مهارات الحياة اليومية في بيئة وقائية إلى التسكين المتقدم في الكلية، ومن التسكين في فصل عادي إلى التسكين في مستشفى، ومن المنهج التقليدي إلى التدريب المهني الخاص وغير العادي وذلك تبعاً للحالة التي نتعامل معها.

ويرى سامبل (1998) Sample أن الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل وحياة الراشدين يعتبر مختلفاً بالنسبة للمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً حيث يفتقر العديد منهم إلى المهارات الأكاديمية الأساسية التي تعد ضرورية للتوظيف الناجح. وإضافة إلى ذلك فإنهم غالباً ما يسلكون بأساليب تمنعهم من أن ينالوا القبول، والحب، والمساعدة من أصحاب العمل أو من زملائهم في العمل. وليس من المستغرب أن نجد أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين المضطربين انفعالياً وسلوكياً أن يكونوا من المتسربين من المدرسة، ومن بين أكثر من يكون من الصعب تدريبهم على البرامج التي يتم تقديمها في فترة الانتقال هذه.

هذا وينمو العديد من هؤلاء الأطفال والمراهقين وهم يعانون كما يرى واكر وستيبر (1998)Walker& Stieber وكازدين (1997، 1995) Kazdin من مشكلات حقيقية وصعوبات تمنعهم من أن يحيوا حياة مستقلة ومنتجة وهو الأمر الذي يساعد على أن يصبح الشكل العام لهم قاتماً. وعلى العكس مما يعتقده عامة الناس فإن الطفل أو المراهق من هذه الفئة الذي يتسم بالخجل، والذي يعاني من القلق والعصاب يصبح من الأقل احتمالاً بالنسبة

له أن يعاني من مشكلات نفسية في مرحلة الرشد، ولكن الطفل أو المراهق المضطرب سلوكياً الذي يتسم بفرط العدوان هو الذي يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة له أن يتسم بالسلوك غير المقبول اجتماعياً، وأن يعاني من قصور في كفاءته الاجتماعية عندما يصل إلى مرحلة الرشد حيث أن حوالي نصف أولئك الأطفال الذين يبدون سلوكاً يتسم بفرط العدوان سوف يعانون في رشدهم من مشكلات تتطلب التدخل القانوني أو الرعاية الطبية النفسية.

ومن جانب آخر فإن الانتقال الناجح إلى حياة الراشدين غالباً ما يتسم بالتعقيد بسبب العلاقات الأسرية غير الملائمة، أو التعسفية العقابية، أو التي تتسم بالإهمال حيث هناك نسبة عالية من المراهقين المضطربين سلوكياً تسود بينهم علاقات أسرية من هذا القبيل. ومع ذلك يبدو أن التركيز على العقاب والسجن خاصة للذكور الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية، والتركيز على الظروف الحياتية القاسية، والظروف الأسرية غير المواتية يؤدي كما يرى ميلر Miller (1997) إلى استمرار أولئك الأفراد في الإتيان بالسلوك غير المرغوب.

وهناك العديد من الأمثلة لتلك البرامج التي يتم تقديمها في المدرسة العليا أو الثانوية وبرامج الانتقال تتبع جميعاً المنحى السلوكي. ويبدو من المهم أن نركز عليها نسبياً نظراً لأن العديد من المراهقين والراشدين المضطربين سلوكياً بدرجة شديدة يعانون من اضطرابات نمائية حقيقية تتطلب التدخل طوال حياتهم. وفي الوقت الذي يصل فيه المراهقون الذين تصدر عنهم السلوكيات المضادة للمجتمع إلى المدرسة العليا أو الثانوية فإن هدف أكثر البرامج المقدمة لهم فعالية يجب أن يتمثل كما يرى واكر وآخرون Walker et.al (1995) في مساعدتهم على التكيف مع إعاقتهم. وبدلاً من التركيز على علاج المهارات الأكاديمية والاجتماعية فإن مثل هذه البرامج تعمل على تعليمهم تلك المهارات التي يحتاجون إليها للحياة في المجتمع من ناحية، ولمسايرة المواقف المدرسية والمجتمعية من ناحية أخرى، كما أنها تعمل أيضاً على مساعدتهم على الانتقال إلى عالم العمل، وعلى تطوير أنفسهم مهنياً. هذا ويرى توبين وسبراجو Toben& Sprague(1999) وديوك وآخرون Duke et.al (1998) أن المدارس البديلة جيدة التخطيط تقدم اختيارات هامة لأولئك الأطفال المعرضين للخطر بما فيهم من يعانون من المشكلات الانفعالية أو السلوكية.

الخلاصة: Summary

لا تعد الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية مجرد سلوكيات غير مرغوبة أو غير ملائمة ولكنها تضم تفاعلات اجتماعية غير ملائمة وأخرى تحدث بين الطفل أو المراهق من ناحية وبين البيئة الاجتماعية من ناحية أخرى. ومن المعروف أنه قد تم استخدام العديد من المصطلحات المختلفة للدلالة على الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. أما التعريف المقترح لتلك الاضطرابات فيعرفها على أنها إعاقة تتسم بالاستجابات الانفعالية أو السلوكية للمدرسة التي تختلف عن تلك الاستجابات المناسبة للعمر الزمني، أو الثقافة، أو المعايير العرقية التي تؤثر سلباً على الأداء التربوي للطفل وهو ذلك الأداء الذي لا يعد مجرد الأداء الأكاديمي وما يرتبط به من مهارات، ولكنه يتضمن إلى جانبه المهارات الاجتماعية، والمهنية، والشخصية. كذلك فإن الاضطراب الانفعالي أو السلوكي ليس مجرد استجابة متوقعة أو مؤقتة للأحداث الضاغطة التي تواجه الطفل أو المراهق، كما أنه يظهر في أكثر من موضع وموقف واحد، ولا يستجيب للتدخل المباشر الذي يتم في مدارس التعليم العام. وأخيراً فإن هذا الاضطراب يغطي مجموعات تشخيصية متنوعة تتضمن اضطرابات السلوك أو التوافق التي تؤثر سلباً على الأداء التربوي والتي يمكن أن تتزامن مع إعاقات أخرى.

أما عن نسب انتشار هذا الاضطراب فإنها تتباين بدرجة كبيرة وهو الأمر الذي قد يرجع جزئياً إلى عدم دقة التعريف المستخدم، ولكن الدراسات التي أجريت في هذا المجال تؤكد أن ما بين 6–10% تقريباً من الأطفال يعانون منه، وأن حوالي 1% من الأطفال في سن المدرسة يعانون أيضاً منه ويتلقون خدمات التربية الخاصة، وأن معظم الذين يعانون منه يعتبرون من الذكور. كذلك فإن حوالي 3% تقريباً من المراهقين الأمريكيين تتم إحالتهم إلى محاكم الأحداث سنوياً، ولا يتلقى خدمات التربية الخاصة سوى القليل منهم فقط.

ومن الصعب تحديد سبب واحد محدد يعد هو المسئول عن هذا الاضطراب، ولكن هناك عوامل سببية يمكن تحديدها في الغالب على أنها تسهم في احتمال حدوث الاضطراب وتطوره، أو تجعل الطفل مستعداً ليطوره. ومن أهم العوامل المسئولة عن ذلك العوامل البيولوجية، والعلاقات أو العوامل الأسرية، والعوامل أو التوقعات المدرسية، والعوامل أو المؤثرات الثقافية. ومن أهم العوامل البيولوجية التي تؤثر على هذه الاضطرابات الوراثة، والحالة المزاجية، وسوء التغذية، وصدمات الدماغ التي تؤثر على المخ، وإساءة استخدام المواد. ويمكن اللجوء إلى التدخل الطبي والاجتماعي للحد من تلك الآثار التي تؤدي هذه العوامل إليها. أما العوامل الأسرية فتضم إساءة التنظيم الأسري، وإساءة المعاملة الوالدية،

وعدم الثبات في أساليب المعاملة. ومع ذلك فلا يمكن للعوامل الأسرية أن تؤدي بمفردها إلى الاضطراب حيث يمكن لهذه العوامل أن تختلف في تأثيرها من عضو إلى آخر من أعضاء الأسرة. بينما تضم العوامل المدرسية التوقعات غير الملائمة، والنظام غير المناسب، والمكافآت غير المقصودة لسوء السلوك، والنماذج غير المرغوبة من السلوك. أما العوامل الثقافية فتتضمن تأثيرات وسائل الإعلام، والقيم، والمعايير المجتمعية، وجماعة الأقران، والخدمات الاجتماعية المتاحة للأطفال وأسرهم.

ومن الملاحظ أن بعض المدارس تستخدم إجراءات فرز وتصفية لتحديد أولئك التلاميذ المضطربين انفعالياً أو سلوكياً حتى يتم توفير الخدمات المناسبة لهم. وتضم إجراءات التحديد الفعالة لهؤلاء الأفراد تقديرات المعلمين، والملاحظة المباشرة لسلوك الأطفال. كما أنه غالباً ما يتم استخدام تقديرات الأقران أيضاً في هذا الصدد. كذلك فمن الملاحظ بالنسبة للتلميذ المتوسط الذي يعاني من هذا الاضطراب أن نسبة ذكائه عادة ما تكون في المستوى المتوسط، أما المدى الكلي لهؤلاء الأطفال فيتباين من التخلف العقلي إلى الموهبة، كما أن معظم هؤلاء الأفراد يفتقرون بدرجات متفاوتة إلى القدرة على تطبيق معارفهم ومهاراتهم على متطلبات الحياة اليومية. كذلك فمن الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يقيموا علاقات إيجابية مع الآخرين، وأن يحققوا التوافق الاجتماعي، وأن يحققوا مستوى مناسباً من الصحة النفسية.

وفيما يتعلق بالتربية الخاصة التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال فإن هناك نموذجين يتم تقديم تلك الخدمات في ضوئهما هما النموذج النفسي التربوي الذي يركز على الدوافع الشعورية واللاشعورية، والنموذج السلوكي الذي يركز على تعلم السلوك نتيجة للأحداث البيئية المختلفة. كما يمكن أن يتم الدمج بينهما في نموذج واحد أيضاً. وإلى جانب ذلك هناك بعض الاستراتيجيات التي يتم اللجوء إليها في هذا الصدد، ومع ذلك فليس هناك سوى نسبة ضئيلة من هؤلاء الأطفال والمراهقين هم الذين يتلقون التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات، وأن غالبيتهم يتم تعليمهم خارج إطار فصول التعليم العام ومدارسه مع أن الاتجاه السائد يسير باتجاه الضم أو الاحتواء الكامل لهم في مثل هذه المدارس والفصول، ومع ذلك يظل تسكينهم في تلك المدارس يمثل مشكلة خطيرة نظراً لما يبديه هؤلاء الأطفال من مشكلات خطيرة وخروج على النظام المدرسي.

ومع أن التعديلات التي تم إدخالها عام 1997 على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات قد نادت باستخدام التقييم الوظيفي للسلوك فإن عدم فهم هذا المصطلح بشكل دقيق جعل البعض يراه على أنه يعني استخدام إجراءات التقييم ذات الأهمية أو الفائدة، أو الإشارة إلى وظيفة أو معنى السلوك والذي قد يتطلب تدريب فني موسع لمعلمي التربية الخاصة. كذلك فإنه

قد تم النظر إلى التدخلات السلوكية الإيجابية أو تدعيم السلوك الإيجابي على أنه ذات أهمية كبيرة في إدارة تلك المدارس ككل إلى جانب أولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً. ومن جانب آخر فإن برامج التدخل المبكر تهدف إلى تقديم التشخيص المبكر للحالة، والوقاية من الاضطراب. ونظراً لأن أولئك الأفراد الذين تتم إحالتهم بعد ذلك إلى العيادة النفسية بسبب اضطرابهم الانفعالي أو السلوكي يبدون منذ وقت مبكر من حياتهم مشكلات سلوكية أو سلوكاً مشكلاً فإن التدخل المبكر يبدو ذا أهمية كبرى على أثر ذلك.

وأخيراً فإن برامج التربية الخاصة التي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين المضطربين انفعالياً وسلوكياً تتنوع بدرجة كبيرة، كما أنها يجب أن تتسم بالفردية بسبب الفروق الشاسعة في معدلات ذكاء أولئك الأفراد، وخصائصهم السلوكية، ومستويات تحصيلهم، والظروف المحيطة بهم. كذلك فإن الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل وحياة الراشدين يعد أمراً صعباً بالنسبة لأولئك المراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً حيث أنه بجانب ذلك تتزايد معدلات التسرب من المدرسة بينهم، كما أن العديد من هؤلاء المراهقين يحتاج إلى برنامج تدخل طوال حياته.

الفصل التاسع

9

الأطفال ذوو اضطرابات التواصل

Learners with Communication Disorders

مقدمة:

يعد التواصل جزءاً طبيعياً من حياتنا اليومية، ونادراً ما نتوقف عن التفكير فيه حيث تستمر محادثاتنا الاجتماعية مع الأسرة، والأصدقاء، والمعارف بصورة لا تتوقف. ومع ذلك يعتقد الكثيرون أن الحديث أو اللغة قد تعوزها درجة من الكفاءة في المواقف الضاغطة أو المواقف الاجتماعية غير العادية كالتحدث إلى مجموعة كبيرة من الأفراد، أو إجراء مقابلة مع الفرد كي يشغل وظيفة معينة، وما إلى ذلك.

ويرى كورلي وسيجل (1997) Curlee & Siegel أنه ليست كل اضطرابات التواصل من ذلك النوع الذي يتضمن اضطرابات اللغة والكلام، وليست كل اضطرابات اللغة والكلام أو الحديث على الجانب الآخر من ذلك النوع الذي يعوق حدوث التفاعلات الاجتماعية مثل اللجلجة stuttering، كذلك فإن اللجلجة تمثل أكثر أنماط اللغة والكلام شيوعاً رغم أنها لا تزال تمثل سراً حتى وقتنا الراهن إذ أن أسبابها، وأساليب علاجها لا تزال في غالبيتها غير معروفة للآن على الرغم من أنها تشغل بال واهتمام المختصين في اللغة والتخاطب. ويشير كونتشر(2001) Conture ورانتر وهيلي (1999) Ranter & Healey فيما يتعلق بها إلى أنه رغم وجود العديد من التدخلات الفعالة فإنه غالباً ما يتم تجاهلها وعدم اللجوء إليها أو الاعتماد عليها حيث قد يعترض البعض على الأدلة الثابتة التي تتعلق بها، كما لا يزال البعض على الجانب الآخر كما يرى ياري وآخرون (2001) .Yairi et.al ووينجاتي(2001) Wingati يشكك في فعاليتها مما جعل طبيعة علاج اللجلجة أمراً جدلياً بين الباحثين والممارسين.

وإذا كانت اللجلجة لا تعد بمثابة ذلك الاضطراب الذي يعتبر ممثلاً لاضطرابات اللغة والتواصل حيث من الصعب تعريفها بشكل دقيق، كما أن أسبابها لا تزال كما أوضحنا منذ قليل غير معروفة حتى الآن، وأن أساليب علاجها أيضاً لا تزال تثير الكثير من الجدل فإنها من جانب آخر تعتبر أفضل مثال على هذا الاضطراب إذ أنه عندما يفكر عامة الناس في اضطرابات اللغة والتخاطب تبدو اللجلجة هي أول ما يتبادر إلى أذهانهم حيث أننا جميعاً قد سمعنا عن هذا الاضطراب، ونعرفه، وربما نكون قد خبرناه في وقت ما من حياتنا، كما أن نتائجه الاجتماعية كاضطراب تعد واضحة، وبالرغم من أنه يبدو وكأنه يعد بمثابة مشكلة بسيطة لها حلولها المنطقية والتي قد تتمثل في طلب الهدوء من الشخص المضطرب، والتفكير فيما يقدم على قوله، وعدم القلق حول ذلك وما يمكن أن يتعلق به فإن الواقع يشهد أن مثل هذه التوجهات لا جدوى منها في علاج مثل هذه المشكلة على الإطلاق.

ومن البديهي أننا عندما نفكر في اضطرابات التواصل ينبغي أن نضع في اعتبارنا كما يرى كل من بلانتي وبيسون (1998) Plante & Beeson وهاينيز وبندزولا (1998) Haynes & Pindzola ونيلسون (1998) Nelson ذلك السياق الذي يحدث فيه التواصل إضافة إلى تلك الأسباب التي تدفع مختلف الأفراد إلى التواصل، والقواعد التي تحكم الحوار أو الخطاب الذي يصدر عنهم. وفي هذا الإطار فنحن نرى أن هناك آثاراً اجتماعية سيئة تترتب على كل اضطرابات التواصل مما يدفعنا إلى البحث عن حلول مناسبة لها، ولكن نظراً لأن التواصل يعد من الوظائف الإنسانية الأكثر تعقيداً فإن الاضطرابات التي تصيب هذه الوظيفة لا تخضع عادة لتلك الحلول العادية أو الحدسية.

تعريف الاضطراب

تعد اللغة والحديث أو التخاطب بمثابة أدوات يتم استخدامها في التواصل. ويتطلب هذا التواصل من جانب آخر ما يلي:

1- التشفير: **Encoding** أي إرسال رسالة بشكل مفهوم.

2- فك الشفرة: **Decoding** أي استقبال الرسالة وفهمها.

ولذلك فإنه يتطلب وجود مرسل، ومستقبل، ورسالة بحيث يقوم المرسل بإرسال رسالة معينة إلى المستقبل الذي يتمكن من استقبالها وفهمها والرد عليها، ولكنه لا يتطلب أن يتم استخدام اللغة في كل أشكاله، وإن كنا سنركز هنا على استخدام اللغة للتواصل أي أننا سوف نركز على ذلك النوع من التواصل الذي يتم عن طريق استخدام اللغة.

هذا وتعتبر اللغة هي عملية التواصل بالأفكار أي عن طريق إرسال الأفكار المختلفة واستقبالها وذلك من خلال نسق عفوي للرموز يتم استخدامه وفقاً لقواعد محددة تحدد المعنى. وتعرف عملية تشفير أو إرسال الرسائل بأنها اللغة التعبيرية، أما فك شفرة الرسائل أو فهمها فتعرف باللغة الاستقبالية. وعندما يفكر الناس في اللغة فإنهم عادة ما يفكرون في تلك اللغة الشفوية التي يستخدمها معظمنا، أما الكلامspeech والذي يعد بمثابة سلوك تكوين الأصوات في اللغة الشفوية وتتابعها فهو أكثر نسق رمزي شيوعاً يتم استخدامه في التواصل بين بني البشر. ومع ذلك فإن بعض اللغات لا تعتمد على الحديث أو الكلام فلغة الإشارة الأمريكية American sign language ASLعلى سبيل المثال لا تتضمن أي أصوات كلامية، ولكنها لغة يدوية يستخدمها معظم أولئك الأفراد الذين لا يكون بوسعهم أن يسمعوا ذلك الحديث الذي يدور من حولهم. أما التواصل البديل أو المتزايدaugmentative or alternative communication AAC للأفراد ذوي الإعاقات والذي يتضمن الحركات الجسمية للكلام فقد يتألف من بدائل لتلك الأصوات التي تضمها اللغة الشفوية.

وتقدم الجمعية الأمريكية للغة والتخاطب والسمع American Speech- Language-Hearing Association ASHA تعريفات لاضطرابات التواصل تتضمن اضطرابات الكلام، واضطرابات اللغة، والتباين في التواصل أي الفروق أو اللهجات أو الأنساق المتزايدة التي لا تمثل في حد ذاتها أي اضطرابات. فاضطرابات الكلام هي إعاقات في إصدار واستخدام اللغة الشفوية، وعادة ما تتضمن إعاقات في إصدار الأصوات (النطق)، وانسياب الكلام بشكل عادي (الطلاقة)، وإصدار الأصوات . أما اضطرابات اللغة على الجانب الآخر فتضم مشكلات في فهم اللغة، واستخدامها للتواصل بغض النظر عن ذلك النسق الرمزي المستخدم سواء الشفوي أو المكتوب أو غير ذلك. كما أن شكل form ومحتوى ووظيفة اللغة قد يتم تضمنها أيضاً وذلك على النحو التالي :

1- يتضمن شكل اللغة form تجمعات الأصوات معاً أي الفونولوجيا phonology (علم الأصوات الكلامية)، وتركيب أشكال الكلمة كالجمع، وأزمنة الفعل أي المورفولوجيا morphologyوتركيب الجملة.

2- يشير محتوى اللغة إلى نية الفرد والمعنى الذي يربطه بالكلمات والجملsemantics المستخدمة .

3- تتمثل وظيفة اللغة في التواصل، وهذا ما يعرف بالوظيفية بالنسبة للغة، وبالتالي فهي تتضمن السلوك غير اللفظي إضافة إلى التلفظ vocalizationsوالذي يمثل نمط استخدام اللغة أي الاستخدام الاجتماعي للغة.

ومن البديهي ألا يتم النظر إلى تلك الفروق في الكلام أو اللغة التي يشترك فيها كل الأفراد في إقليم معين، أو جماعة اجتماعية معينة، أو أي جماعة ثقافية أو عرقية على أنها اضطرابات. وبالمثل فإن استخدام أنساق التواصل البديلة أو المتزايدة لا تدل على أن الفرد يعاني من أحد اضطرابات اللغة، ولكننا نجد بدلاً من ذلك أن بعض الأفراد الذين يعانون من بعض أوجه القصور اللغوية المؤقتة أو الدائمة يستخدمون مثل هذه الأنساق في التواصل فالأفراد الذين يستخدمون أنساق التواصل المتزايدة قد يعانون وقد لا يعانون من الاضطرابات اللغوية بجانب عجزهم عن استخدام الكلام.

معدل انتشار الاضطراب

من الصعب تحديد معدل انتشار اضطرابات التواصل بشكل دقيق نظراً للتباين الكبير لمثل هذه الاضطرابات من ناحية، وصعوبة تحديدها في بعض الأحيان من ناحية أخرى، كما أنها غالباً ما تحدث كجزء من إعاقات أخرى كالتخلف العقلي، وإصابات الدماغ التي تؤثر

على المخ، وصعوبات التعلم، واضطراب التوحد على سبيل المثال. وتدل تلك البيانات المتاحة لدى الحكومة الفيدرالية وفقاً لما أصدرته من تقارير في عام (2000) أن حوالي مليون طفل وهو ما يعادل خمس عدد الأطفال الذين يتم تحديدهم للتربية الخاصة يتلقون الخدمات أساساً من جراء ما يعانونه من اضطرابات اللغة والتخاطب. وفضلاً عن ذلك فإن علاج اضطرابات اللغة والكلام، وما يرتبط به من خدمات يتم تقديمها لأولئك الأطفال ذوي الإعاقات كالتخلف العقلي أو صعوبات التعلم يعد من العلاجات والخدمات الأكثر شيوعاً في هذا الميدان.

ويعرض الجدول التالي للفئات الأخرى التي تتعلق باضطرابات اللغة لدى الأطفال والمراهقين وما يكمن خلفها جميعاً من أسباب متداخلة ومتعددة.

العوامل والأسباب المؤدية للاضطراب	الفئة
1- عوامل مركزية	أ - إعاقة لغوية محددة. ب- التخلف العقلي. جـ- اضطراب التوحد. د - اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط. هـ- إصابات المخ المكتسبة. و- إعاقات أخرى.
2- عوامل طرفية Peripheral	أ - الإعاقة السمعية. ب- الإعاقة البصرية. جـ- الإعاقة السمعية البصرية. د - الإعاقة الجسمية.
3- العوامل الانفعالية والبيئية	أ - الإهمال وإساءة المعاملة. ب- مشكلات النمو الانفعالي والسلوكي.
4- عوامل مركبة	- أي تجمعات من العوامل الثلاثة السابقة.

جدول (9-1) العوامل الفئوية المرتبطة باضطرابات اللغة في الطفولة

ويمكن أن نقوم بتوضيح ذلك على النحو التالي:

1- تشير العوامل المركزية والتي تمثل أولى فئات العوامل بالجدول السابق إلى تلك الأسباب التي ترتبط بالجهاز العصبي المركزي أي المخ سواء كان ذلك في صورة تلف أو اضطراب في أداء الوظيفة.

2- تشير العوامل الطرفية إلى الإعاقات الحسية أو الجسمية التي لا ترجع في أسبابها إلى تلف المخ أو اضطراب وظائفه بل التي تسهم في حدوث اضطراب اللغة.

3- تشير العوامل الانفعالية والبيئية إلى اضطرابات اللغة التي يرجع سببها الأساسي أو الأولي إلى البيئة النفسية أو المادية للطفل.

4- تم تضمين العوامل المركبة نظراً لأن اضطرابات اللغة عادة ما ترجع إلى أسباب متعددة، وقد تجمع بين تلك المجموعات السابقة من العوامل، أو بين أي اثنين منها، ونعني بذلك أي تجمع لأي عوامل من أكثر من مجموعة واحدة من هذه المجموعات.

وتشير التقارير والإحصائيات المتاحة كما يرى ما تيوس وفراتالي (1994) Matthews& Frattali إلى أن حوالي ما بين 10-15% تقريباً من الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة، وحوالي 6% تقريباً من تلاميذ التعليم العام أي من المرحلة الابتدائية حتى الثانوية يعانون من اضطرابات الكلام، وأن ما بين 2-3% تقريباً من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وحوالي 1% تقريباً من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات اللغة. ومن المتوقع أن تزيد اضطرابات التواصل بكافة أنواعها خلال العقود القادمة حيث أدى التقدم العلمي في المجال الطبي على وجه التحديد إلى انخفاض معدل الوفيات بين الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة التي تؤثر في التواصل. وبذلك فسوف تزداد الحاجة إلى أخصائيي اللغة والتخاطب بالمدارس إضافة إلى الفهم الأفضل لاضطرابات التواصل من جانب المعلمين بالتعليم العام والتربية الخاصة، وقيام المعلمين بدور أكبر في مساعدة التلاميذ على تعلم التواصل بشكل أكثر فعالية.

ومما لا شك فيه أننا لن يكون بوسعنا أن نفهم اضطرابات التواصل بشكل جيد وأن نقوم بعلاجها دون أن نلم بالنمو اللغوي العادي. وعلى ذلك فقبل أن نقوم بمناقشة اضطرابات اللغة والكلام فسوف نلقي الضوء على المضمار العادي أو الطبيعي للنمو اللغوي. وسوف نقوم بمناقشة اضطرابات اللغة أولاً وبشكل أكثر شمولاً قياساً باضطراب الكلام نظراً لأن الاهتمام الأساسي لأخصائيي اللغة والتخاطب وغيرهم من المختصين في اضطرابات التواصل قد انتقل من التخاطب أو الكلام إلى اللغة أثناء تطور التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات.

النمو اللغوي واضطرابات اللغة

إذا كان الوليد يقوم بإصدار بعض الأصوات القليلة فإنه بعد سنوات قليلة يصبح بإمكانه أن يقوم بتركيب العديد من الأصوات الكلامية المعقدة، وأن يفهم اللغة المكتوبة والمقروءة،وأن يعبر عن المعنى لفظياً وهو ما يعد من المعجزات الكبرى في هذا الصدد. كذلك فإن المحددات الأساسية في هذه القدرة العجيبة على استخدام اللغة تعتبر معروفة جيداً من جانب المختصين في نمو الطفل، ومع ذلك فإن الميكانيزم الأساسي الذي يحكم نمو اللغة لا يزال غير مفهوم جيداً حتى الآن. وكذلك الأمر بالنسبة لبعض الأسئلة التي تتناول أصول اللغة واستخداماتها إذ يرى نيلسون Nelson(1998) أنه لا توجد له إجابات قاطعة حتى الآن، ومنها على سبيل المثال ما يلي :

1- أي الأجزاء المتضمنة في عملية تعلم اللغة تعتبر فطرية؟

2- أي هذه الأجزاء يخضع للظروف البيئية أي تتحكم فيه البيئة؟

3- ما هي العلاقة بين النمو المعرفي والنمو اللغوي؟

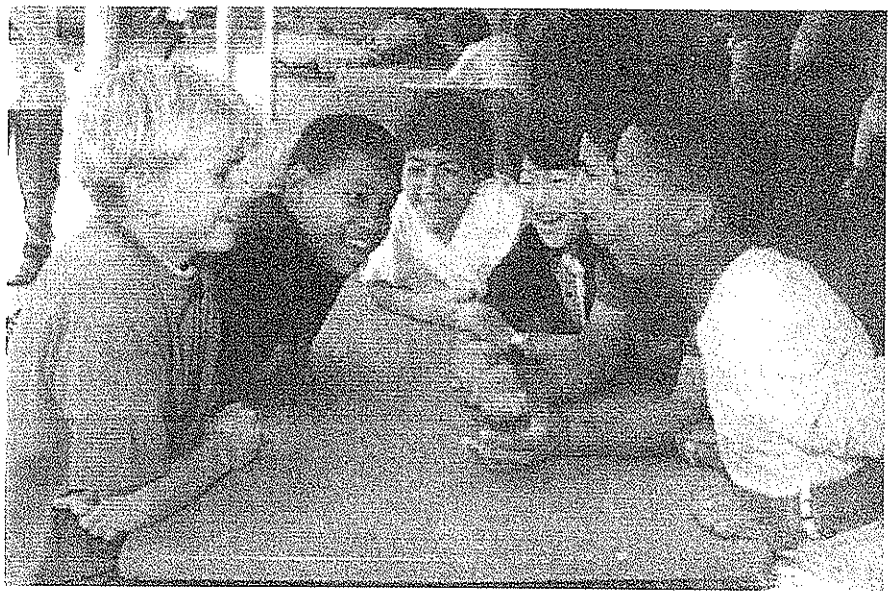
هذا ويعرض الجدول التالي لمقارنة بين اللغة الخاصة بطفل عادي وتلك اللغة التي ينطق بها طفل يعاني من اضطراب اللغة مع ملاحظة أن ذلك التتابع الذي يسير فيه النمو لا يختلف بالنسبة للطفلين، إلا أن الطفل المضطرب لغوياً يصل إلى كل المحددات الأساسية للنمو في وقت متأخر جداً عن قرينه العادي كما يتضح من الجدول التالي. وعلى الرغم من وجود أنماط أخرى من اضطرابات اللغة فإن تأخر النمو اللغوي الذي يتمثل في بطء نمو المهارات اللغوية والوصول إلى المحددات الأساسية للنمو في وقت متأخر يعد هو النمط الأكثر شيوعاً.

الطفل المضطرب لغوياً			الطفل العادي		
السن	الإنجاز	أمثلة	السن	الإنجاز	أمثلة
27 شهراً	الكلمات الأولى	هذا- ماما- كلب- مع السلامة	13 شهراً	الكلمات الأولى	هنا ماما- قطة- مع السلامة
38 شهراً	50 كلمة		17شهراً	50 كلمة	
40 شهراً	أول ارتباط يظهر بين كلمتين	هذا الكلب- تفاح أكثر- هذه ماما- لعب أكثر	18 شهراً	أول ارتباط يظهر بين كلمتين	عصير أكثر- الكرة هنا- تليفزيون أكبر- القطة هنا

48 شهراً	ارتباطات أخرى بين كلمتين	كيس ميمي- معطف بابا- كرسي أسود- منضدة دوللي	22 شهراً	ارتباطات أخرى بين كلمتين	حذاء أندي- خاتم ماما- أرضية الحجرة- رجل الكرسي
52 شهراً	جملة متوسط طولها كلمتان		24 شهراً	جملة متوسط طولها كلمتان وأول ظهور للنهاية.. ing	أندي ينام
55 شهراً	أول ظهور للنهاية... ing	ماما تأكل			
63 شهراً	جملة متوسط طولها 3.1 كلمة		30 شهراً	جملة متوسط طولها 3.1 كلمة وأول ظهور للفعل يكون is	سيارتي ذهبت
66شهراً	أول ظهور للفعل يكون is	الكلب مجنون	37 شهراً	جملة متوسط طولها4.1 كلمة وأول ظهور للأوامر غير المباشرة	هل يمكنني أن احصل على بعض الكعك ؟
73 شهراً	جملة متوسط طولها 4.1 كلمة				
79 شهراً	جملة متوسط طولها 4.5كلمة وأول ظهور للأوامر غير المباشرة	هل يمكنني أن أمسك بالكرة ؟	40 شهراً	جملة متوسط طولها 4.5كلمة	

جدول (9-2) نمط النمو لطفل مضطرب لغوياً وطفل آخر عادي

وجدير بالذكر أنه لا يوجد هناك من يعلم على وجه الدقة كيف يتعلم الأطفال اللغة، ولماذا. ولكننا نعرف أن النمو اللغوي يرتبط بشكل عام بالنضج الجسمي، والنمو المعرفي، والتنشئة الاجتماعية. أما تلك التفاصيل التي تتعلق بما يحدث فسيولوجياً ومعرفياً واجتماعياً في تعلم اللغة فلا تزال حتى الآن مثاراً للجدل.



نحن لا نعلم في الواقع كيف ولماذا يتعلم الأطفال اللغة ولكننا نعلم أنها تتأثر بالنضج الجسمي والنمو المعرفي والتنشئة الاجتماعية

ويناقش نيلسون Nelson (1998) ست وجهات نظر لغوية تحكم دراسة التواصل البشري في أوقات متباينة، ويمكن أن نقرر من خلال وجهات النظر تلك، وما تم إجراؤه في ضوء كل منها من دراسات ما يلي :

1- أن النمو اللغوي يعتمد على نمو المخ والأداء الوظيفي المناسب للمخ، ومن ثم فإن اضطرابات اللغة تنشأ أحياناً نتيجة لوجود خلل في الأداء الوظيفي للمخ والأساليب التي يمكن أن يتبعها الطفل لتعويض مثل هذا الخلل وهو الأمر الذي يمكن له أن يتعلمه في بعض الأحيان، ولكن من الواضح أن التركيز هنا يكون على النضج البيولوجي.

2- أن تعلم اللغة يتأثر بما يمكن أن يترتب على السلوك اللغوي. ويمكن أن ينتج الاضطراب اللغوي عن التعلم غير الملائم، كما يمكن أن يتم ترتيب تلك النتائج في سبيل علاج الاضطراب اللغوي. وبذلك يتضح أن التركيز هنا ينصب على علم النفس السلوكي.

3- يمكن تحليل اللغة إلى مدخلات ومخرجات وفقاً لارتباطها بذلك الأسلوب الذي تتم به معالجة المعلومات، ومن ثم فإن المعالجة الخاطئة يمكن أن تؤدي إلى حدوث بعض

الاضطرابات اللغوية، كما يمكن أن تؤدي أيضاً إلى تعلم بعض مهارات المعالجة الفعالة. وبالتالي فإن التركيز ينصب آنذاك على معالجة المعلومات.

4- أن اللغة تقوم على قواعد لغوية، وأن اضطرابات اللغة يمكن بالتالي وصفها على أنها فشل في تطبيق القواعد المناسبة لتشفير الرسائل المختلفة، وفك شفرتها. ويمكن لنا أن نتغلب أحياناً على تلك الاضطرابات بتعليم الأطفال استخدام القواعد اللغوية. وبالتالي فالتركيز هنا ينصب على استنباط القواعد اللغوية.

5- أن اللغة تمثل إحدى المهارات المعرفية العديدة، وأن الاضطرابات اللغوية تعكس مشكلات أساسية في التفكير والتعلم. ويمكن أن نواجه تلك الاضطرابات بفعالية إذا ما قمنا بتعليم الأطفال مهارات معرفية معينة. وبالتالي ينصب التركيز هنا على النمو المعرفي.

6- أن اللغة تنبع من الحاجة إلى التواصل خلال التفاعلات الاجتماعية، أما الاضطرابات اللغوية فإنها تعد بمثابة قصور في القدرة على الارتباط الفعال بالبيئة. ويمكن أن نقوم أحياناً بترتيب البيئة الطبيعية حتى نعلم الأطفال التفاعلات الفعالة، ونعمل على تدعيمها. ومن ثم ينصب التركيز هنا على التفاعل الاجتماعي.

ومع ذلك فلا يمكننا أن نفسر النمو اللغوي، وتطور الاضطرابات اللغوية بشكل تام حتى في ضوء وجهات النظر سالفة الذكر. وفي واقع الأمر فإننا إذا ما حاولنا القيام بقياس اضطرابات اللغة وتقييمها، وتصميم التدخلات المناسبة في ضوء أي وجهة نظر من وجهات النظر تلك فسوف نجد كما يرى فاونداس Foundas (2001) أن كلاً منها له مزاياه، وله عيوبه، وإن كانت التطورات التي شهدتها تكنولوجيا التصوير النيورولوجي قد تدفع بنا إلى الفهم الأفضل للأسس البيولوجية للغة. ومع ذلك فإن وجهة النظر التي تتناول التفاعل الاجتماعي قد وجدت قبولاً كبيراً من جانب الأخصائيين في مجال اللغة والتخاطب ومن المعلمين أيضاً.

وإذا كانت اللغة تتضمن عدداً لا بأس به من العوامل والمتغيرات ذات الدلالة والتي تضم العوامل التالية:

- الإنصات .
- الحديث .
- القراءة .
- الكتابة .
- الخطاب الفني .
- التفاعل الاجتماعي .

فإن مشكلات اللغة تعد بالتالي أساسية وجوهرية بالنسبة لمعظم الاضطرابات التي نعرض لها على امتداد هذا الكتاب خاصة الإعاقة السمعية، والتخلف العقلي، وصعوبات التعلم، وتلك الاضطرابات الشديدة والمتعددة التي سوف نعرض لها في الفصل الحادي عشر والتي تتضمن الإصابة الصدمية للمخ traumatic brain disorders واضطراب التوحد autismوهو الأمر الذي يتطلب قدراً كبيراً من الاهتمام .

تصنيف اضطرابات اللغة

من الجدير بالذكر أن بإمكاننا أن نقوم بتصنيف اضطرابات اللغة وفقاً للعديد من المحكات. وتقدم التعريفات التي تتبناها الجمعية الأمريكية للتخاطب واللغة والسمع American Speech-Language- Hearing Association ASHA تصنيفاً يتضمن خمسة أنساق للغة هي:

1- الأصوات الكلاميةphonology.

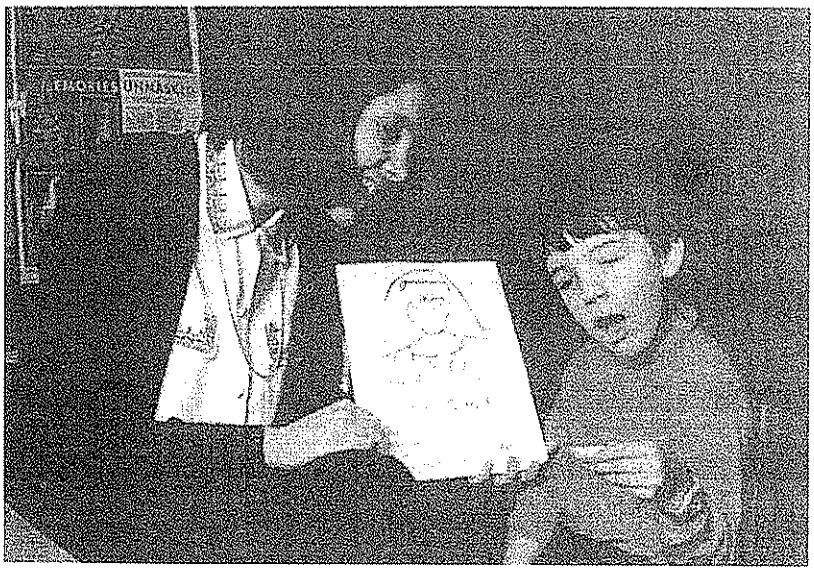
2- البنية والشكل (أشكال الكلمات) morphology.

3- بناء الجملة وترتيب الكلماتsyntax.

4- دلالات الألفاظ ومعانيها semantics.

5- الواقعية اللغوية (الوظيفية أو الاستخدام الاجتماعي للغة) pragmatics.

ومن الملاحظ أن أي صعوبة تنتاب أحد هذه الأبعاد الخمسة للغة سوف تصاحبها دون محالة صعوبة أخرى في بعد واحد أو أكثر من هذه الأبعاد، ومع ذلك فالأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية غالباً ما يعانون من صعوبة في أحد هذه الأبعاد الخمسة.



غالباً ما يعاني الأطفال المضطربون لغوياً من اضطراب في بعد واحد للغة

وهناك طريقة أخرى لتصنيف الاضطرابات اللغوية تقوم كما يرى أوينز (1995) Owens وشيكيريز وميزيرف (1995)Szekeres & Meserve وشاميز وآخرون (1994) Shames et.alعلى افتراض وجود سبب معين للاضطراب أو حالات معينة ترتبط به حيث هناك العديد من الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة معينة أخرى كاضطراب التوحد، وإصابات المخ الناتجة عن الصدمات، والتخلف العقلي، والشلل المخي أو الدماغي. وفي هذا الإطار يعرض أوينز (1995) Owens لسبع فئات تشخيصية من الإعاقات اللغوية تؤدي كل منها إلى حدوث صعوبات في جوانب ستة معينة كما يوضحها الجدول التالي، وهذه الجوانب هي:

1- الإدراك .

2- الانتباه .

3- استخدام الرموز .

4- استخدام القواعد اللغوية .

5- القدرة العقلية العامة.

6- التفاعل الاجتماعي الذي يرتبط بالتواصل.

وفضلاً عن ذلك فإن كل فئة تشخيصية من تلك الفئات التي يعرض لها تتسم أيضاً بوجود مشكلات معينة في تلك الأنساق الفرعية الخمسة للغة التي أشرنا إليها من قبل إلى جانب مشكلات أخرى في الفهم اللغوي.

	الاعاقة اللغوية						
المتطلبات	التخلف العقلي	صعوبات التعلم الخاصة باللغة	اعاقات لغوية خاصة	التوحد	اصابات المخ ناتجة عن صدمات	تأخر اللغة التعبيرية	الاهمال واساءة المعاملة
الادراك	X	X	X	X	X		
الانتباه		X		X	X		
استخدام الرموز	X	X	X	X	X	X	X
استخدام القواعد اللغوية	X	X	X	X		X	
القدرة العقلية العامة	X		X		X		X
التفاعل الاجتماعي المرتبط بالتواصل				X			

جدول (9-3) متطلبات تعلم اللغة والصعوبات التي يواجهها الأطفال المعوقون لغوياً

وجدير بالذكر أن العديد من تلك الحالات السبع التي يتضمنها الجدول السابق يتم تعريفها والتعرض لها في فصول أخرى من هذا الكتاب. وتشير الإعاقة اللغوية الخاصة specific language impairment إلى تلك الاضطرابات اللغوية التي لا يوجد سبب محدد لها، ولا ترجع مثل هذه الاضطرابات إلى التخلف العقلي أو إلى المشكلات الإدراكية التي تميز صعوبة التعلم الخاصة باللغة. كما تتحدد هذه الإعاقة بشكل أكثر دقة عن طريق استبعاد أي أسباب أخرى معقولة بدلاً من الاحتكام إلى مجموعة من الخصائص المحددة بوضوح وهو الأمر الذي يجعلها مثاراً للجدل. أما التأخر المبكر في اللغة التعبيرية early ex-pressive language delay EELD فيشير إلى ذلك التأخر الدال في اللغة التعبيرية الذي يتعرض له الطفل حيث لا يصل عدد مفرداته اللغوية إلى خمسين كلمة، كما لا يمكنه أن يقوم بتكوين جملة من كلمتين في الثانية من عمره. ومن المعروف أن حوالي نصف عدد أولئك الأطفال الذين يتأخر نمو لغتهم في الثانية من العمر يصلون بالتدريج إلى المستوى اللغوي لأقرانهم في نفس عمرهم الزمني في حين لا يتمكن النصف الآخر من اللحاق بهم ويستمر في المعاناة من المشكلات اللغوية خلال تلك السنوات التي يقضونها بالمدرسة.

ونظراً لصعوبة تصنيف الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الكثير من الأفراد وتعددها يصبح من الصعب أن نجد نسقاً تصنيفياً واحداً يضم كل هذه الحالات أو يخلو من الغموض. وقد لاحظ أوينز (1995) Owens وجود مثل هذه الاضطرابات اللغوية حتى مستوى الجامعة، واختلافها من فرد إلى آخر.

التقييم Assessment

من الملاحظ أن هناك استراتيجيتين عامتين يتم استخدامهما في التقييم كما يرى روسيللو Ruscello (2001) وونس (owens (2004) هما:

1- التحديد التفصيلي لقدرات الطفل اللغوية الراهنة.

2- ملاحظة مدى السهولة والسرعة التي يتعلم بها الطفل المهارات اللغوية الجديدة.

وتتضمن الاستراتيجية الأولى استخدام الاختبارات المقننة، والاختبارات غير المقننة، والمقاييس النمائية، والملاحظات السلوكية. ومن الأهمية بمكان أن نذكر أن هناك العديد من المخاطر ترتبط بالاختبارات المقننة، كما أنها لا تكون دائماً مفيدة في تخطيط برنامج التدخل، ولكنها قد تكون أحياناً مفيدة في القيام بالمقارنات اللازمة والمتصلة بقدرات الأطفال في مجالات محددة. أما المقاييس النمائية فهي إما أن تكون مقاييس تقديرية أو ملاحظات يعتمد كلاهما على الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل. وفيما يتعلق بالاختبارات غير المقننة والملاحظات

السلوكية فهما يعتبران غير معياريين في طبيعتهما، ومع ذلك فقد نحصل من خلالهما على أكثر البيانات المتعلقة بالطفل أهمية والتي نتوصل إليها عن طريق التقييم. ومن جانب آخر فإن الحكم الذاتي الذي يتوصل إليه الأخصائي ذو الخبرة أو المحنك والذي يستند على ملاحظة لغة الطفل في مجموعة متنوعة من البيئات والظروف المختلفة قد تمدنا بأكثر الأسس أهمية التي يقوم عليها التدخل المستخدم. ويرى جيلام وهوفمان Gillam & Hoffman (2001) وروسيللو Ruscello (100) ونيلسون Nelson (1998) أنه نظراً لأن اضطرابات اللغة تتباين في طبيعتها بدرجة كبيرة، وتوجد لدى الأفراد في مدى زمني يتراوح من الطفولة المبكرة حتى ما بعد مرحلة الرشد فإن كلاً من التقييم والتدخل لا يعتبران من الأمور البسيطة، ولكنهما عادة ما تكون لهما خصوصيتهما التي لا يمكن تجاهلها.

ومن جانب آخر فإن خطة التدخل المتبع يجب أن تراعي العديد من الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد والتي تتمثل في المحتوى، والشكل، والسياق الاجتماعي، واستخدام اللغة أي أنها بذلك يجب أن تراعي ما يلي:

1- ما يتحدث الطفل عنه وما ينبغي أن يتعلم الحديث عنه.

2- كيف يتحدث الطفل عن الأشياء، وكيف يمكن أن يتعلم الحديث عن تلك الأشياء بشكل أكثر وضوحاً وجلاء.

3- كيف يقوم الطفل بالأداء الوظيفي في السياق اللغوي لمجتمعه المحلي.

4- كيف يستخدم الطفل اللغة، وكيف يمكن لمثل هذا الاستخدام أن يخدم في تحقيق أهداف التواصل والتنشئة الاجتماعية وذلك بشكل أكثر فعالية.

وعند ترتيب تسلسل التدريب يجب أن نراعي قيام التعليم أو استناده على التسلسل الطبيعي للنمو اللغوي حيث يرى مولر Muller(2000) وبريزانت Prizant (1999) ونيلسون Nelson (1998) أ نه قد تكون هناك تسلسلات أخرى للتعليم تعد أكثر فعالية نظراً لأن أولئك الأطفال المضطربين لغوياً لم يتعلموا بالطريقة العادية، وأن نتائج تلك البحوث التي أجريت في هذا المجال تؤكد أن اختلاف تسلسل التعليم قد يكون أكثر فعالية. ومن الواضح أن التدخل اللغوي الفعال يجب أن يحدث في البيئة الطبيعية للطفل، وأن يتضمن كلاً من الوالدين والمعلمين إلى جانب أخصائيي اللغة والتخاطب.

وفضلاً عن ذلك فإن زيادة فرص ضم أو احتواء الأطفال من كل أنماط الإعاقات في التعليم العام يعني كما يرى ثرونبورج وآخرون Throneburg et.al. (2000) أن كل المعلمين يجب أن يكونوا على دراية بكيفية قيامهم بتناول مشكلات اللغة داخل الفصل. وقبل أن نناقش ذلك

الدور الذي يمكن أن يلعبه معلم الفصل في مساعدة التلاميذ على تعلم استخدام اللغة بطريقة أكثر فعالية فسوف نركز على حالتين خاصتين هما مشكلات التواصل الخاصة بالتلاميذ الذين يتأخر نمو اللغة لديهم، والتلاميذ المضطربين انفعالياً وسلوكياً. كذلك فإن هناك مشكلات أخرى قد تمثل إعاقات خاصة في التواصل أيضاً وسوف نناقشها في فصول أخرى.

النمو المتأخر للغة

من المعروف أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة يتبعون في نموهم اللغوي نفس المسار الذي يتبعه غالبية الأطفال ولكنهم يكتسبون كل مهارة من المهارات اللغوية المختلفة، أو يصلون إلى المحددات الرئيسية milestones لكل مرحلة في وقت متأخر عن الطفل المتوسط. وقد يصل بعض الأطفال الذين يعانون من تلك الاضطرابات إلى المستويات النهائية من النمو في وقت يتأخر بشكل دال عن أقرانهم العاديين. وإضافة إلى ذلك فلا يزال هناك أطفال آخرون قد يتأخر نمو اللغة لديهم بشكل عام، ولكن يبدو أنه يكون هناك تفاوت واضح في معدل اكتسابهم لبعض الملامح اللغوية المعينة.

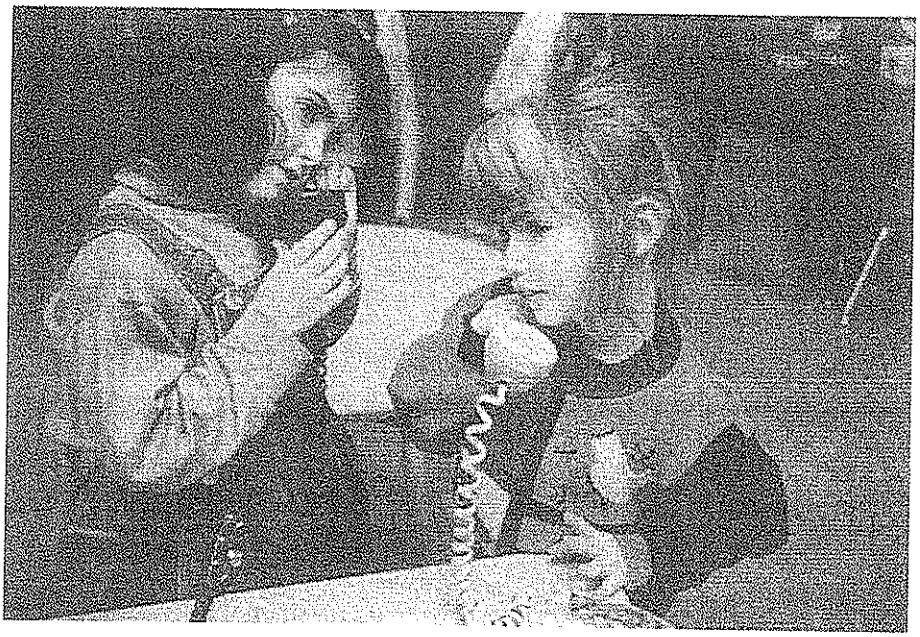
ومن جانب آخر يرى سويل (1997) Sowell وأوينز (1995) Owens أننا قد نجد بعض الأطفال الذين يتأخر معدل نموهم ولكنهم مع ذلك قد يصلون إلى مستوى نمو أقرانهم في نفس عمرهم الزمني. إلا أننا نؤكد مع أوينز (1997) Owens أن العديد من الأطفال الذين يتأخر نموهم اللغوي يبدو لديهم فجوة نمائية أو قصور نمائي لا يمكن لهم أن يتجاوزوه حيث غالباً ما يتم تشخيصهم على أنهم متخلفون عقلياً أو يعانون من صعوبات التعلم. وأحياناً يأتي هؤلاء الأطفال من بيئات تحرمهم من معظم الخبرات بما فيها تلك المثيرات اللغوية التي يقدمها الراشدون والتي تعد ضرورية لحدوث النمو اللغوي العادي أو الطبيعي إلى جانب تعرضهم للإهمال الشديد أو إساءة المعاملة الشديدة. وبغض النظر عن ذلك السبب الذي يؤدي إلى تأخر نمو اللغة يصبح من المهم بالنسبة لنا أن نفهم طبيعة مثل هذا التأخر وأن يعمل التدخل المتبع على توفير الفرص المواتية لتعلم الاستخدام الفعال للغة.

ومن الملاحظ أن بعض الأطفال لا يظهرون في الثالثة من أعمارهم أي إشارات تدل على أنهم يفهمون تلك اللغة التي يستمعون إليها، كما أنهم لا يستخدمون اللغة بشكل تلقائي. وإذا ما قاموا بعمل الضوضاء فإنهم عادة ما يقومون باستخدامها بغرض التواصل وذلك بأساليب تميز تواصل الأطفال في مرحلة المهد والأطفال الأصغر سناً عامة وذلك قبل أن يتعلموا الكلام بمعنى أنهم قد يستخدمون ما يعرف بالتواصل قبل اللغوي prelinguistic

communication حيث قد يستخدمون الإيماءات على سبيل المثال أو الضوضاء لطلب الأشياء أو لقيام الآخرين بعمل أشياء معينة لهم، أو لإبداء احتجاجهم على شيء يحدث، أو لطلب القيام بنشاط اجتماعي معين كالقراءة مثلاً، أو في سبيل تحية شخص معين.

هذا ويجب أن نقوم عند التخطيط للتدخل لأولئك الأطفال المتأخرين لغوياً، وتقييم مثل هذا التدخل فيما بعد بمراعاة تلك السلوكيات اللغوية وغير اللغوية التي يقومون بتقليدها، وما يفهمونه أو يكون بوسعهم استيعابه، وما يستخدمونه بتلقائية من مهارات التواصل إلى جانب ذلك الدور الذي يلعبه التواصل في حياتهم. ومن المهم خاصة بالنسبة لأولئك الأطفال الأصغر سناً أن نقدم لهم برامج التدخل في سياقات يتم فيها استخدام اللغة بغرض تحقيق التفاعلات الاجتماعية العادية. فقد يستخدم الوالدان والمعلمون على سبيل المثال كما يرى كايزر وآخرون Kaiser et.al. (1995) مدخل التدريس في البيئة الطبيعية milieu teaching أو ما يعرف أيضاً بالمدخل البيئي الطبيعي في التدريس وهو ما يعد بمثابة ذلك التدخل اللغوي الطبيعي الذي يتم تصميمه بغرض تعليم المهارات اللغوية الوظيفية للأطفال والذي يتم فيه قيام التعليم على أساس رغبات الطفل. ومن هذا المنطلق فحينما يريد الطفل أن يقوم بأداء مهمة ما، أو شيء، أو نشاط معين أمام أحد الراشدين فإن هذا الشخص الراشد يجب أن يعمل على حث وإثارة لغة ذلك الطفل، ويقترب بالتالي مما يطلبه من خلال قيام الطفل بمحاولة تحقيق التواصل. ويعد ذا المدخل التدريسي مدخلاً طبيعياً يشجع على تصميم التدخلات المختلفة التي تتشابه مع تلك التفاعلات التي تحدث أثناء تلك المحادثات التي عادة ما يقوم بها الوالدان والأطفال. وإذا ما اعتبرنا التواصل قبل اللغوي مؤشراً جيداً على النمو اللغوي اللاحق لقدرة الطفل على استخدام اللغة كما يرى كولاندريلا وويلكوكس Callandrella & Wilcox (2000) فإن فعالية المدخل البيئي الطبيعي في التدريس كما يشير يودر ووارين Yoder&Warren (2001) قد تعتمد إلى حد ما على الأقل على استجابة الأمهات لذلك التواصل قبل اللغوي من جانب أطفالهن هؤلاء.

وجدير بالذكر أن التدخل المبكر مع أولئك الأطفال المتأخرين لغوياً يعتبر على درجة كبيرة من الأهمية لسببين أساسيين هما:



يقوم المدخل البيئي الطبيعي في التواصل على اهتمامات الطفل

1- أنه كلما كان الطفل أكبر سناً قبل بداية التدخل قلت فرصة اكتسابه للمهارات اللغوية الفعالة مع تساوي فرص اكتسابه لغير ذلك من أشياء ومهارات.

2- أن الطفل لا يمكن له أن يكون كائناً اجتماعياً دون أن يكتسب اللغة الوظيفية.

ومما لا شك فيه أن تلك المهارات اللغوية التي يفتقر الطفل إليها (التواصل) تعتبر هي الأكثر أهمية في سبيل إرساء الأساس للتعلم الأكاديمي والاجتماعي.

اضطرابات اللغة المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية

من الملاحظ أن الصعوبة في استخدام اللغة في العلاقات والتفاعلات الاجتماعية المختلفة تعد في وقتنا الراهن كما تعكسها نتائج البحوث المختلفة وكما يرى بتلر(1999) Butler بمثابة مشكلة أساسية في العديد من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية والتي عادة ما تتراوح بين التحفظ الاجتماعيsocial reticence أو الانسحاب إلى العدوان الشديد. وقد يواجه الأطفال الأصغر سناً ذوي اضطرابات اللغة صعوبات خاصة في تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي نظراً لعدم تفسيرهم لتلك المواقف الاجتماعية بشكل صحيح، كما قد يجدون إلى جانب ذلك كما يرى جورالنيك وآخرون (1996).Guralnick et.al صعوبة أخرى

في التعبير عن أنفسهم وهو الأمر الذي يؤكده دوناهيو وآخرون (1999) .Donahue et.al من خلال العديد من الملاحظات التي قاموا بها على أطفال بالروضة من هذا القبيل حيث كانت مثل هذه الصعوبات موجودة لديهم، وكانوا يعانون منها .

وقد تتطلب صعوبات التواصل التي يعاني منها أولئك الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً كما يشير أوديت وتانكرسلي (1999) Audet &Tankersley تسكين مثل هؤلاء الأطفال في التربية الخاصة وذلك وفقاً لمتصل التسكين الذي يتم العمل به في هذا الإطار، كما أنها تتطلب أيضاً تقديم برامج معينة لهم يمكنهم الاستفادة منها. ومن الأهمية بمكان بالنسبة لمعلمي هؤلاء الأطفال أن يعملوا بشكل تكاملي مع أخصائيي اللغة والتخاطب. كما ينبغي من جانب آخر أن تكون هناك رعاية للتواصل الذي يحدث بين المعلم والطفل، وكذلك التواصل الذي يحدث بين الطفل وأقرانه إلى جانب الحديث الذاتي من جانب الطفل.

ومن المحتمل أن يتمثل أكثر جوانب اللغة أهمية عند العمل مع أولئك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً فيما يتعلق باضطراب اللغة في فهم نوايا هؤلاء الأطفال، ومساعدتهم على استخدام اللغة في سبيل حل ما يواجههم من صراعات اجتماعية متباينة ومتعددة، وإقامة العلاقات الاجتماعية المختلفة. ويرى سويل (1997) Sowell أن الشخص الراشد عند تعامله مع طفل على هذه المشاكلة يجب أن يعمل أولاً على فهم مشكلته الخاصة، وما قد يفتقر إليه من مهارات، وأن يقوم بعد ذلك بتحديد مثل هذا الجانب الذي يشهد ذلك القصور. كما يجب عليه أيضاً أن يعمل على تنمية مهاراته اللغوية، وأن يعلمه كيفية استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية المختلفة، وأن يؤكد له على أن ذلك له فوائد جمة مما يجعله أفضل بكثير من ذلك الصراخ الذي قد يصدر عنه في مثل هذه المواقف.

ومن الملاحظ أن اضطرابات اللغة التي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لا تعد قاصرة على الأطفال صغار السن فحسب، ولكنها قد تحدث أيضاً لأولئك الأطفال الأكبر سناً حتى أن بعض الراشدين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً قد يعانون أيضاً من عجزهم عن استخدام اللغة وهو الأمر الذي يكون من شأنه كذلك أن يعرضهم للعديد من اضطرابات اللغة. ومن ثم فإننا قد نلاحظ كما يرى روجرز- أدكينسون (1999) Rogers- Adkinson أن بعض الأفراد في المراحل العمرية المختلفة قد يعانون من اضطرابات اللغة رغم أن تشخيصهم الأساسي يوضح أن المشكلة الرئيسية التي يعانون منها تختلف عن ذلك تماماً حيث أنهم قد يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، أو الاضطرابات السلوكية، أو اضطراب القلق، أو الاكتئاب، أو أي اضطراب نفسي آخر.

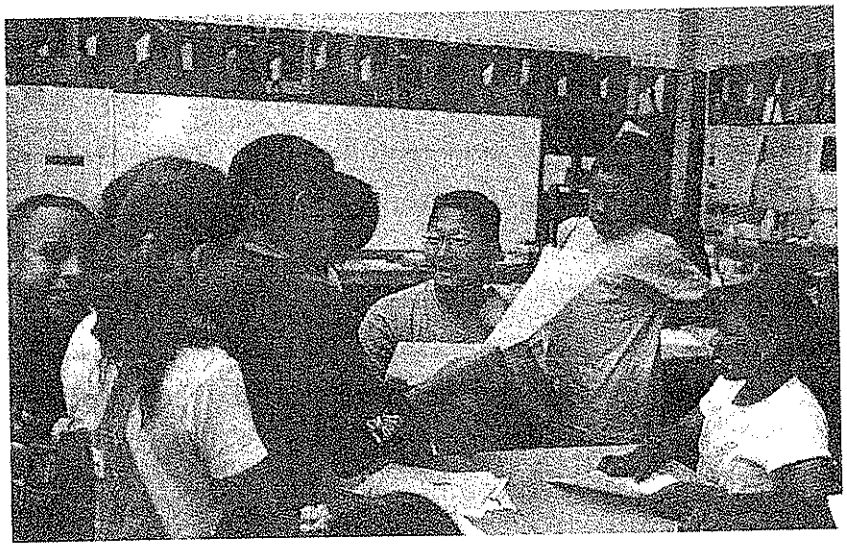
بعض الاعتبارات التربوية: Educational Considerations

من الجدير بالذكر أن مساعدة الأطفال في التغلب على اضطرابات اللغة ليست مسئولية أحد الأخصائيين دون سواه، ولكن تحديد هؤلاء الأطفال المضطربين والتعرف عليهم بدقة، وتشخيص مشكلاتهم يعد هو المسئولية المشتركة التي يجب أن يطلع بها كل من المعلم، وأخصائي اللغة والتخاطب، والوالدين. فقد يقوم المعلم بتنفيذ اقتراحات معينة ومحددة بالنسبة لبعض الحالات الفردية. كما يمكنه من خلال الإنصات إلى الطفل، والانتباه إليه عندما يتحدث، وتوفير نماذج لغوية ملائمة خاصة فيما يتعلق باللغة والتخاطب حتى يتمكن من محاكاتها، وتشجيعه على استخدام مهارات التواصل بشكل ملائم وفعال أن يقوم بمساعدة الطفل ليس على تحسين لغته وحديثه فحسب، ولكن على الحيلولة دون تطور الاضطرابات اللغوية في المقام الأول أيضاً.

وغني عن البيان أن الدور الأساسي الذي يمكن أن يقوم به معلم الفصل يتمثل في قيامه بتفسير الاستخدام الاجتماعي للغة، والأصوات، والتراكيب الصوتية، وتراكيب الجمل، والمعاني وهو الأمر الذي يعد ذا أهمية بالغة في هذا الصدد. ومع ذلك فإن معاناة الطفل من أحد الاضطرابات اللغوية لا يعني بالضرورة أن يقوم المعلم أو الأخصائي بتكثيف الجهود في سبيل تعليمه ما يتعلق بشكل، وتركيب، ومحتوى اللغة. ولكن يجب أن يتم تعليمه اللغة على أنها تعد بمثابة أسلوب لحل المشكلات وذلك من خلال فهم الآخرين للفرد، وفهم الفرد لما يصدر ن هؤلاء الآخرين.

كذلك فإن هناك العديد من الفرص والاحتمالات التي تتعلق بتعليم اللغة يمكن أن تتاح داخل الفصل حيث يجب أن يكون الفصل مكاناً تتوفر فيه الفرص المستمرة للتلاميذ والمعلمين حتى يصبح بإمكانهم استخدام اللغة والحصول على التغذية الراجعة في العلاقات البنائية. ومن جانب آخر فإن اللغة تعتبر هي الوسيلة الأساسية التي يتم من خلالها التعليم الأكاديمي والتعلم الاجتماعي داخل المدرسة. ومع ذلك فإن اللغة التي تسود في المدرسة وذلك في كل من الفصول أي حجرات الدراسة، والمقررات الدراسية أو الكتب المقررة غالباً ما تمثل مشكلة في هذا الإطار لكل من الأطفال والمعلمين.

وتعتبر اللغة التي يتم استخدامها في المدرسة لغة رسمية وذلك بعكس تلك اللغة التي يستخدمها الأطفال في المنزل ومع أصدقائهم أثناء اللعب. ومن ثم فإنها تعد بمثابة خطاب بنائيstructured discourse ينبغي أن يتعلم خلاله المتحدث أو المستمع والكاتب الوضوح والتعبير، وأن يقوموا بنقل وتفسير المعلومات الأساسية بسرعة وسهولة ويسر. وبدون الاستمرار في استخدام تلك اللغة التي تسود في المدرسة سيصبح من المؤكد أن يفشل الطفل في الجانب الأكاديمي مع أنه قد ينجح في الجانب الاجتماعي.



يجب إتاحة الفرص المستمرة لاستخدام اللغة في الفصل من جانب الأطفال والمعلمين مع توفر التغذية الراجعة في العلاقات المختلفة

هذا ومن المؤكد أن يحتاج المعلم إلى المساعدة من أخصائي اللغة والتخاطب وذلك لتقييم نواحي القصور في لغة الطفل، وفي تصميم برامج التدخل الملائمة التي يكون من شأنها أن تساعد الطفل في الحد من تلك المشكلات التي تواجهه أو التغلب عليها. وكذلك ينبغي أن يعمل جزء من استراتيجية التقييم وتصميم برنامج التدخل على فحص تلك اللغة التي يستخدمها المعلم حيث أن العديد من المشكلات التي تعترض ذلك الخطاب السائد في الفصل إنما تتضمن تلك الكيفية التي يتحدث بها المعلم إلى تلاميذه إلى جانب كيفية استخدام هؤلاء التلاميذ للغة. كذلك فإن تعلم الوضوح، والارتباط بالموضوع، وإضافة المعلومات الجديدة، وجذب انتباه المستمع لا تعد مشكلات قاصرة على الأطفال المضطربين لغوياً فحسب، ولكنها تعتبر مشكلات لمعلميهم في ذات الوقت. ويوضح الجدول التالي بعض الإرشادات العامة لكيفية تفاعل الوالدين والمعلمين مع التلاميذ في سبيل تسهيل حدوث النمو اللغوي.

إرشادات عامة

1- يجب أن تتحدث عن تلك الأشياء التي يبدي الطفل اهتماماً بها.

2- عليك أن تقوم بتتبع خطوات الطفل، وأن ترد على مبادراته وتعليقاته، وأن تشاركه الإثارة.

3- ينبغي ألا توجه للطفل العديد من الأسئلة، وإذا كان من المحتم أن تقوم بذلك فيجب أن تستخدم أسئلة تبدأ بأدوات استفهام مثل " كيف- لماذا- ماذا- ... " والتي تتطلب منه أن يذكر إجابات توضيحية مطولة.

4- قم بتشجيع الطفل على توجيه الأسئلة، ثم أجب عنها بتفتح وأمانة، وإذا لم ترد أن تجيب عن سؤال معين فقل له ذلك صراحة واشرح له سبب ذلك كأن تقول مثلاً أنك لن تجيب عن هذا السؤال لأنه سؤال شخصي جداً.

5- دع نغمة صوتك تبعث على السرور مع العلم أنك لا تحتاج أن تكون ممثلاً كوميدياً، ولكنك يجب أن تكون بشوشاً حيث أن الأطفال في الغالب يحبون ذلك.

6- لا تصدر أحكاماً على لغة الطفل، ولا تسخر منها حيث أنك إن فعلت ذلك أو حاولت أن تتوقف أمام ما تتضمنه من أخطاء فإنه لن يتحدث إليك مرة ثانية إذ أنه سوف يتوقف عن التحدث معك.

7- يجب أن تتيح للطفل وقتاً كافياً حتى يستجيب لك.

8- تعامل مع الطفل بكياسة، ولا تقاطعه حينما يتحدث.

9- اشرك الطفل في تلك المحادثات التي تدور في الأسرة أو في الفصل، وشجعه على ذلك، واستمع إلى آرائه.

10- عليك أن تتقبل الطفل، وأن تتقبل لغته كذلك حيث من الممكن أن يقوم التقبل بدور هائل في هذا الإطار.

11- ينبغي أن تقوم بتوفير الفرص المناسبة للطفل كي يستخدم اللغة، وأن تساعده على أن تصبح مثل هذه اللغة أداة فعالة بالنسبة له في سبيل تحقيق أهدافه.

جدول (9-4) إرشادات للوالدين والمعلمين للتفاعل مع الأطفال

ويعتبر توجيه الأسئلة للأطفال من جانب المعلم من أهم الأمثلة التي تدل على ذلك الدور الذي تلعبه لغة المعلم في الخطاب الذي يحدث داخل الفصل حيث لاحظ بلانك ووايت

Blank & White (1986) أن المعلمين غالباً ما يقومون بتوجيه الأسئلة إلى التلاميذ في تلك النواحي التي يتم تحديدها على أنها نواحي ضعف أو جوانب قصور لديهم. فقد تقوم المعلمة على سبيل المثال بسؤال الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة عن ذلك الطفل الذي لا يعرف الألوان، ولا يستطيع أن يقوم بتمييزها بشكل مستمر. ولكن المعلمين للأسف قد لا يتمكنون من تغيير أسئلتهم حتى يقوموا بتعليم المفاهيم للأطفال بشكل فعال وهو الأمر الذي قد يضيف كثيراً إلى معاناة هؤلاء الأطفال، وما قد يعتريهم من تشويش. ويمكن أن تتضح تلك النقطة من خلال المحادثة التالية بين المعلمة وأحد الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنه يعاني من صعوبات في حل المشكلات، ومن صعوبات مماثلة في التفكير العلي أو السببي causal.

المعلمة : كيف يمكن أن تشتعل النار في تلك الحشائش التي توجد بالغابة ؟

الطفلة : لأن الحيوانات تبقى في الغابة .

المعلمة : أنت تقصدين أن النار اشتعلت في الحشائش لأن الحيوانات ظلت في الغابة ؟

الطفلة : نعم .

المعلمة : أنا لا أعتقد ذلك. ولكن ما الذي يمكن أن يحدث إذا ما اشتعلت النيران في أحد المنازل؟

الطفلة : سوف يموت من يوجد فيه من أفراد أو يتم جرحهم .

المعلمة : نعم سوف يجرحون، ولكن كيف تشتعل النار في المنزل ؟

الطفلة : عندما يلعب أحد الأفراد بالكبريت.

المعلمة : الكبريت؟ حسناً، هل تعتقدين أن مثل هذا الحريق يمكن أن يحدث بسبب الكبريت؟

الطفلة : نعم.

المعلمة: أقصد حريق الغابة، فمن ذا الذي يحمل كبريتاً هناك؟ هل الحيوانات هي التي تفعل ذلك؟

الطفلة : القرد .

المعلمة : هل يحمل القرد الكبريت في الغابة؟

الطفلة : لقد رأيت ذلك في التليفزيون.

هذا ومن الممكن أن يتم استخدام استراتيجيات بديلة لطرح الأسئلةalternative question asking strategies في سبيل مساعدة التلاميذ على أن يقوموا بالتفكير في تلك

المكلات التي تواجههم وذلك بطريقة ناجحة. فعندما لا يتمكن التلميذ من الإجابة عن سؤال ذي مستوى أعلى من مستوى معلوماته أو مهاراته مثلاً فإن المعلم يقوم على الفور بإعادة صياغة المشكلة لتصبح على هيئة سؤال في مستوى أبسط. وبعد أن يتم حل الخطوات البينية أو التي تقع في الوسط يمكن أن يعود المعلم أدراجه إلى ذلك السؤال الذي طرحه في البداية والذي كان يعد صعباً وهو ما يوضحه هذا الحوار الذي يدور بين الطفل وأحد الراشدين :

الراشد : لماذا نستخدم شريطاً لتثبيت الصور؟

الطفل : لأنه يلمع .

الراشد : ها هي قطعة لامعة من الورق وقطعة لامعة من شريط، فلنحاول أن نثبت الصورة باستخدام كل منهما، ولنبدأ أولاً باستخدام قطعة الورق اللامعة لتثبيت الصورة.

الطفل : لنحاول القيام بذلك.

الراشد : هل استطعت أن تقوم بذلك؟

الطفل : لا، لم تفلح هذه الطريقة.

الراشد : حاول أن تستخدم الشريط الآن.

الطفل : لنحاول .

الراشد : هل استطعت القيام بذلك؟

الطفل : نعم، ولم تقع الصورة.

الراشد : إذن لماذا نستخدم الشريط عند تثبيت الصورة؟

الطفل : لأنها لن تقع .

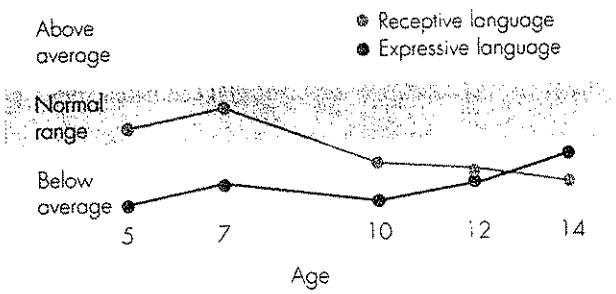
هذا وقد لا يتمكن المعلمون في بعض الأحيان من التعبير عن نيتهم بوضوح من توجيه أسئلة معينة للتلاميذ، أو أنهم قد لا يتمكنون من جانب آخر من تحديد موضوع السؤال بشكل صريح وهو الأمر الذي يؤدي قطعاً إلى حدوث الكثير من التشويش بالنسبة للتلاميذ. وعلى ذلك ينبغي أن يقوم المعلم بتوضيح مثل هذه المشكلات التي يتعرض لها في ضوء مثل هذه الظروف. وكما لاحظ بلانك ووايت (1986) Blank &White فإن المعلمين قد لا يقدمون لتلاميذهم الحث اللازم للتعلم وهو ما قد يجعل هؤلاء التلاميذ لا يبذلون جهداً كي يقوموا بفك شفرة النية التي تكمن خلف محتوى تلك الأسئلة التي يتم توجيهها إليهم. وفضلاً عن ذلك ينبغي أن يقدم المعلم التغذية الراجعة الصريحة وذلك لاستجابات التلاميذ على تلك الأسئلة

التي يتم توجيهها إليهم. ومن جانب آخر فإن المعلمين غالباً لا يذكرون للتلاميذ بشكل صريح أن تلك الإجابات التي يأتون بها لما يتم توجيهه إليهم من أسئلة ليست صحيحة وذلك خشية أن يظهروا عدم التقبل لهم فينصرفون بالتالي عنهم، ولا ينتبهون لما يقدمونه لهم. ولا يخفى علينا أن عدم وجود تغذية راجعة دقيقة وواضحة من شأنه أن يعوق قيام التلاميذ بتعلم تلك المفاهيم التي يتضمنها ذلك المحتوى المقدم إليهم. ولذلك فنحن نرى ما يلي :

1- أن دور المعلم لا يقتصر على تعليم اللغة للتلاميذ فحسب، ولكنهم يتعدى ذلك ليتضمن أيضاً تعليمهم كيفية استخدام اللغة. وبشكل أكثر تحديداً ينبغي على المعلم أن يساعد التلاميذ على تعلم كيفية استخدام اللغة في سياق الفصل.

2- يعتبر استخدام المعلم نفسه للغة عاملاً أساسياً في مساعدة التلاميذ على التعلم الفعال وخاصة إذا ما كان مثل هؤلاء التلاميذ يعانون من اضطرابات اللغة، أو من أي من هذه الاضطرابات دون حصر.

ومما لا شك فيه أن المعلم يجب أن يضع في اعتباره أن اضطرابات اللغة يمكن أن تتغير مع نمو الطفل. وبالتالي إذا ما كانت لغة الطفل التعبيرية أو الاستقبالية في المدى العادي للنمو فإن ذلك لا يعني مطلقاً أنها سوف تظل في نفس هذا المدى في سن تالية. وفي هذا الصدد فإن الشكل (8-1) يوضح تلك التغيرات التي انتابت مكونات اللغة بالنسبة لأحد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة وهو الأمر الذي وصفه بلانت وبيسون (1999)-Plante & Bee-son مع نمو هذا الطفل ووصوله إلى سنوات عمرية مختلفة. وإذا كان يمكن لبرنامج التدخل اللغوي أن يؤدي إلى تغيير طبيعة ومضمار القدرات اللغوية للطفل فإن الطفل قد يظل رغم استخدام العلاج يعاني من مشكلات لغوية ثابتة وهو الأمر الذي لوحظ بالنسبة للطفل تروي Troy والذي لم يتمكن بعد تلقي تلك الخدمات الخاصة باللغة والتخاطب من الوصول فيما يتعلق بالقدرات اللغوية التعبيرية إلى مستوى قريب من المدى العادي وذلك حتى بلوغه الرابعة عشرة من عمره وإن كانت هذه القدرات التعبيرية قد تجاوزت قدراته الاستقبالية في هذه السن على أثر ذلك وهو ما يعكسه الشكل التالي بصورة واضحة .



شكل (9-1) تغيير مكونات اللغة مع مرور الوقت لأحد الأشخاص المضطربين لغوياً

ومن ناحية أخرى تعد اللغة المكتوبة بمثابة مشكلة خاصة بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة على الرغم من أن اللغة المكتوبة تزداد أهمية كلما ارتفع الطفل في مستوى الصفوف الدراسية حيث أننا نتوقع من الأطفال آنذاك أن يقرأوا أي مادة مكتوبة تتسم بتزايد مدى تعقدها، وصعوبتها، وأن يفهموا معناها أيضاً. وفضلاً عن ذلك فإننا نتوقع منهم كما يرى جراهام وآخرون (Graham et.al.(1998 أن يتمكنوا من التعبير عن أنفسهم بشكل أكثر وضوحاً وذلك من خلال الكتابة. ويرى جمع من الباحثين أن تلك التفاعلات التي يقيمها المعلم مع تلاميذه والتي تدور في الأساس حول كتاباتهم وما يمكن أن تتضمنه من أسئلة يوجهونها إليه بغرض مساعدتهم على فهم كيفية الكتابة لها أهميتها البالغة في التغلب على تلك الصعوبات التي يمكن أن يواجهونها في اللغة المكتوبة.

ومن الملاحظ كما يشير بلانت وبيسون (Plante &Beeson (1999 ومان (Mann(1998 وسيدنبرج (Seidenberg (1997 أن برامج التدخل التي تتعلق باضطرابات اللغة تستخدم العديد من ذات الاستراتيجيات التي يتم استخدامها في برامج التدخل الخاصة بصعوبات التعلم. وكما لاحظنا من قبل فإن الإعاقة اللغوية الخاصة وصعوبة التعلم النوعية يعتبران متوازيان ما لم يكونا مترادفين. وبالتالي يمكننا أن نلجأ كما يشير هالاهان وآخرون (Hallahan et.al. (1999 ووالاش وبتلر (Wallach & Butler (1994 إلى استراتيجيات التدريب المختلفة الخاصة بما وراء المعرفة، واستراتيجيات التدريب الأخرى، وغير ذلك من الاتجاهات والمداخل التي عرضنا لها في الفصل السادس حيث أنها تتناسب في الاستخدام مع الأطفال المضطربين لغوياً.

تباين أشكال التواصل

تتضمن الأشكال المتباينة للتواصل تلك اللغة التي تعتبر فريدة ولا يتم استخدامها سوى في إقليم معين، أو الخاصة بجماعة عرقية معينة، أو بجماعة ثقافية أخرى. وعندما يستخدم الطفل مثل هذه اللغة فإنه لن يتمكن من استخدام تلك اللغة لتي نتوقع منه أن يستخدمها في المدرسة، وهذا لا يعني بالضرورة أنه يعاني من أحد اضطرابات اللغة.

وفي واقع الأمر فإن أهم الأسئلة التي يجب أن نطرحها على أنفسنا عندما نجد طفلاً تختلف لغته أو حديثه عن المعيار أو المتوقع سوف يتمثل في معرفة ما إذا كان هذا الطفل يمكنه أن يتواصل بشكل فعال مع الآخرين في مجتمعه المحلي أم لا. فقد ينظر البعض خطأ إلى تلك اللغة التي يستخدمها الأطفال الأمريكيون ذوي الأصل الأفريقي على سبيل المثال على أنها تمثل اضطراباً وذلك عندما تختلف عن اللغة المعيارية التي يتم استخدامها في كافة أنحاء

الولايات المتحدة الأمريكية. ولكن إذا ما أردنا أن نقوم بتقييم التواصل فسوف يصبح السؤال الهام آنذاك كما يرى سيمور وآخرون (1999) .Seymour et.al متعلقاً باكتساب هذا الطفل تلك اللهجة أو حتى اللغة التي يتم التحدث بها في مجتمعه المحلي.

وقد لا حظ أوتنج وماكدونالد (2001) Oetting & McDonald أن تلك الفروق التي توجد بين اللغة الإنجليزية التي يتحدث بها أهل الجنوب من البيض واللغة الإنجليزية التي يتحدث بها أهل الجنوب من السود قد تؤدي في الواقع إلى سوء تشخيص للإعاقات اللغوية الخاصة أو ما تعرف بصعوبات التعلم النوعية وذلك إما بين الأطفال القوقازيين أو بين الأطفال السود. هذا وقد نجد في الواقع أن الطفل قد يعاني من أحد اضطرابات اللغة، وقد يبدي في ذات الوقت يباينا أو اختلافاً عن غيره لا يمكن أن نعتبره اضطراباً، ومن ثم فإنه لن يتمكن من التواصل الفعال حتى مع الآخرين الذين يستخدمون نفس اللغة المختلفة التي يتحدث بها هو.

ومن هذا المنطلق نلاحظ أن هناك اهتماماً متزايداً بين المعلمين وبين أخصائيي اللغة والتخاطب على تشجيع حدوث التواصل بين أولئك الأطفال الذين يختلف تراثهم الثقافي أو تختلف أنماطهم اللغوية عن تلك التي تتضمنها الثقافة الفرعية أو الصغيرة للأخصائيين أو المختصين الذين يتعاملون معهم. ومن ناحية أخرى فإن هذا المجال يشهد أيضاً كما يشير سيمور وآخرون (1999) .Seymour et.al وفان كيولين وآخرون (1998) .Van Keulen et.al ونيلسون(1998) Nelsonوأورتيز (1997)Ortiz عناية كبيرة واهتماماً خاصاً يتعلق بتشخيص هؤلاء الأطفال ذوي التباين الثقافي أو العرقي حتى لا يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم يعانون من أي اضطرابات لغوية، كما أننا في ذات الوقت يجب ألا نتجاهل تلك الاضطرابات التي تنشأ في سياق التباين اللغوي. ويجب أن يكون الأخصائي عند تقييم لغة الأطفال على دراية بأوجه القصور التي تتسم بها الاختبارات المعيارية وغيرها من المصادر التي يمكن أن توجد حينئذ والتي يكون من شأنها أن تضلل من يتعاملون مع ذلك الطفل.

ومع أن الطفل قد لا يعاني من أحد اضطرابات اللغة، ولكنه يعاني من تباين ثقافي فإن هذا الأمر بطبيعة الحال يستوجب تدريساً خاصاً وذلك في إطار التربية الخاصة. ويناقش دلبيت(1995) Delpit وفان كيولين وآخرون (1998) .Van Keulen et.alالحاجة إلى تدريس أولئك الأطفال الذين ينحدرون من الثقافات غير السائدة تلك القواعد اللازمة للتواصل الفعال في الثقافة السائدة أثناء قيامنا بفهم وتقبل فعالية اللغة الأم للأطفال في السياقات الثقافية المختلفة التي يتعرضون لها. كما أن عدم القدرة على تعليم هؤلاء الأطفال تلك المهارات التي يحتاجون إليها في سبيل التواصل الفعال وفقاً لقواعد الثقافة السائدة كما يرى ويستبي ورومان (1995) Westby & Romanمن شأنه أن يؤدي إلى ضياع العديد من الفرص

عليهم. وفي الواقع يحتاج أولئك الأطفال الذين يتحدثون لغة جماعات الأقليات إلى تعلم مسايرة عالمين اثنين يتمثل أحدهما في ذلك العالم الذي تستخدم لغتهم الأصلية فيه، بينما يتمثل الآخر في ذلك العالم الذي تستخدم فيه لغة المدرسة.

هذا وقد لاحظ نيلسون (1998) Nelson وبتلر(1999– ب) Butler أن معظم التلاميذ الذين يتأثرون بالتباين الثقافي لا يتحدثون لغات تختلف كلية عن لغتهم الأصلية، ولكنهم يستخدمون لهجات مختلفة تعد بمثابة تباينات تخص جماعات معينة من المتحدثين بها حيث نجد أن كل لهجة منها تختلف عن اللغة الإنجليزية التي تعتبر بمثابة المعيار لمثل هذه اللهجات، ولا يمثل هذا الاختلاف (أي اللهجة) اضطراباً لغوياً، وإن كانت تلك اللهجة تمثل في واقع الأمر شكلاً مختلفاً عن اللغة الإنجليزية حتى إن بعض هذه اللهجات قد يختلف حتى عن اللهجات الإنجليزية الأخرى. وهنا يجب أن يدرك المعلمون أن تلك اللهجات الأخرى لا تعد بمثابة أنساق لغوية محددة أو أدنى من ذلك، وأن يساعدوا تلاميذهم على أن يفهموا نفس هذه الحقيقة. وعلاوة على ذلك فإنه يجب أن يتم إدراك الفروق الثقافية القائمة بغض النظر عن تلك الوسيلة التي يتم استخدامها للتواصل وهو الأمر الذي يثير كما يرى سوتو وآخرون (1997).Soto et.al أموراً ترتبط بالتعدد الثقافي وذلك في كل التفاعلات التي يتضمنها التواصل بما في ذلك تلك التفاعلات التي يتم خلالها استخدام التواصل البديل أو المتزايدaugmentative.

وغني عن البيان أن الباحثين قد أولوا الانتباه لتلك الكيفية التي ترتبط بموجبها لغة الجماعات الثقافية المختلفة بالتعلم المدرسي. هذا وقد لاحظ ويستبي (1994) Westby أن الجماعات الثقافية المختلفة توجد بيئات لغوية مختلفة بدرجة كبيرة أمام الأطفال منذ مرحلة المهد. ومع ذلك فإن مثل هذه الأمور ترتبط بالطبقة الثقافية أكثر من ارتباطها بالجماعة العرقية حيث يعد الوضع الاقتصادي الاجتماعي كما يؤكد أندرسون وباتل (1993)& Anderson Battle أكثر أهمية لنمو اللغة من السلالة أو العرق.

ومن ناحية أخرى تختلف الأسر فيما بينها بشكل كبير في تلك الأساليب التي يتحدثون بها إلى أطفالهم وفي اللغة التي يتوقعون من هؤلاء الأطفال أن يستخدمونها. كما تختلف التفاعلات القائمة على المحادثات والتي تعرف بالقصص أو الحكايات narrativesبشكل كبير بين مختلف الأسر. وإلى جانب ذلك يمكننا أن نصنف منها أسلوباً آخر يعرف بالخطاب القصصي اليومي genre والذي يعد بمثابة تلك الأهداف والخطط الخاصة بالخطاب حيث يستخدم على سبيل المثال في رص الأحداث، وتفسير ذلك السبب الذي يؤدي إلى القيام بشيء معين، وسرد قصة خيالية.

هذا وتعد خبرات الأطفال باللغة قبل التحاقهم بالمدرسة عاملاً هاماً في تحديد كيفية استجاباتهم للمطالب اللغوية التي تفرض عليهم داخل الفصل. وعلى الرغم من أن التلاميذ قد لا يعانون من أي اضطرابات لغوية فإن الفروق أو التباينات اللغوية التي قد توجد لديهم قد تعطيهم ميزة تمكنهم من استخدام اللغة في سياق أكاديمي. وبناء على ذلك يرى البعض كما يشير راسبيري (2001) Raspberry أن أولئك الأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة دون أن يكونوا قد أجادوا استخدام تلك اللغة التي يتم كتابة الكتب المقررة بها ينبغي أن يتم تعليمها لهم بشكل مباشر وبطريقة ثابتة. ويعرض ويستبي (1994) Westbyكما يتضح من الجدول (5-8) لبعض التباينات الثقافية من خلال الخطاب القصصي اليومي والتي تتمثل أهم التطبيقات الأساسية لها كفروق في أنه ينبغي على المعلمين أن يتمكنوا من فهم تلك التباينات والفروق اللغوية، وأن يساعدوا التلاميذ على تكوين القصص من خلال الطرح الماهر لتلك الأسئلة التي سوف تساعدهم على فهم اللغة التي يتم استخدامها في المدرسة، بل واستخدامها بالفعل من جانبهم. ولذلك يرى سيمور وآخرون (1999) .Seymour et.al أنه ينبغي أن يقوم المعلمون بشيئين أساسيين هما:

1- أن يفهموا تلك اللهجات التي يأتي بها تلاميذهم إلى المدرسة، وأن يتقبلوها، وأن يساندونهم على استخدامها.

2- أن يقوموا بتصميم واستخدام الاستراتيجيات التي تعمل على التوفيق بين تلك الخلفيات اللغوية المختلفة لتلاميذهم.

وجدير بالذكر أن أحد الاهتمامات الأساسية الراهنة في كل من التعليم العام والتربية الخاصة يتمثل في التدريس لأولئك الأطفال الذين يتعلمون اللغة الإنجليزية كلغة ثانيةESL والذين تعوزهم الكفاءة في التحدث باللغة الإنجليزية، أو ذوي الكفاءة المحدودة فيها وهو ما يعرف بازدواجية اللغة في التعليم وهو الأمر الذي أصبح يمثل حقيقة واقعة أدت إليها تلك التغيرات الديموجرافية السريعة والمتلاحقة التي تشهدها الكثير من المجتمعات المحلية الأمريكية حيث هناك في الواقع عدد كبير ومتزايد من الأطفال الذين يتحدثون اللغة الأسبانية في العديد من المدارس، كما قد هاجر إلى الولايات المتحدة أيضاً خلال العقد الماضي عدد كبير آخر من الأطفال الآسيويين الذين لا يجيدون اللغة الإنجليزية، أو الذين توجد لدى البعض منهم معرفة محدودة بها، بل إنها في الواقع قد تمثل صعوبات تعلم لبعضهم الآخر. ومع ذلك فإن الازدواجية اللغوية أو الثنائية اللغوية في التربية الخاصة لا تزال أمراً حديثاً ذا تاريخ

قصير نسبياً كما يشير باكا وأماتو (1989) Baca & Amato . وكما أوضحنا في الفصل الثالث فإن البحث عن أفضل وسيلة يمكننا أن نقوم بواسطتها بتعليم الأطفال كي تصبح لديهم الكفاءة اللازمة في استخدام اللغة الإنجليزية وخاصة إذا ما كانوا يعانون من صعوبات في التعلم إضافة إلى وجود بعض الفروق أو الاختلافات اللغوية من جانبهم أيضاً يمثل في الوقت الراهن تحدياً من نوع خاص لنا مع مطلع القرن الجديد يؤثر على استعداداتنا لمواجهة ما يفرض علينا من تحديات.

اضطرابات الكلام Speech Disorders

كما لاحظنا في بداية هذا الفصل فإن اضطرابات الكلام تتضمن اضطرابات الصوت disorders of voice، والنطق، والطلاقة. ويمكن للفرد الواحد أن يعاني في ذات الوقت من أكثر من اضطراب واحد من اضطرابات الكلام، وأن اضطرابات الكلام واضطرابات اللغة يمكن أن يحدثا معاً في بعض الأحيان. وسوف نقدم وصفاً مختصراً لاضطرابات الكلام الرئيسية وذلك لسببين هما:

1- أن اضطرابات الكلام قياساً باضطرابات اللغة تسبب مشكلة أصغر بكثير للمعلمين.

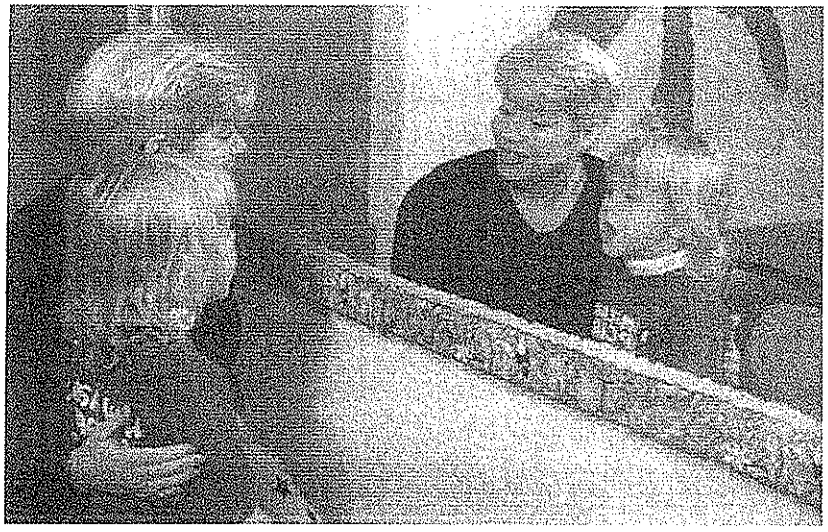
2- أنه يمكن علاج معظم اضطرابات الكلام بصفة أساسية من جانب أخصائي اللغة والتخاطب وليس معلم الفصل.

		الثقافة			
الخطاب القصصي	الدمج	الأمريكيون ذوو الأصل الأفريقي	الأمريكيون ذوو الأصل الصيني	الطبقة العاملة من البيض	الطبقة العاملة من السود
إعادة الأحداث (اخبر بابا عن رحلتنا إلى ....)	شائع بين الأطفال الأصغر سناً- مفتوح- قائم على التدعيم- يقل مع الزيادة في العمر	نادر	نادر	النوع السائد هو القائم على التدعيم	نادر

الوصف والقص (هل سمعت بما حدث لـ....؟)	يبدأ قبل أن يصل الطفل سن عامين- يتطلب الراشدون قدراً أكبر من التفسير- يقترح الراشدون نتائج بديلة- يقوم الشخص الراشد بتقييم اتجاهات وأفعال الممثل.	يحدث كثيراً وخاصة عند اجتماع الأسرة.	يحدث عادة في المنزل- يتضمن السؤال عن أحداث اليوم- لا يحدث خارج المنزل ولا مع الغرباء.	لا يحدث قبل دخول الطفل المدرسة- يجب أن يكون دقيقاً- يحصل الأطفال الأكبر سناً على ميزة فيه.	يحدث كثيراً كاستجابة للإغاظة- يقوم على المبالغة- يعتمد على القيم- قد يعتمد أحياناً على التعاون.
قص الأحداث (سأضع الصودا في الثلاجة، ثم أقوم بتحميل السيارة)	يبدأ قبل استخدام الطفل للأفعال- يستمر خلال سنوات ما قبل المدرسة.	لا يحدث عادة بالنسبة للأحداث اليومية- قد تقوم الأسرة بالتعاون في التخطيط للأحداث المستقبلية.	يحدث أثناء القيام بالأنشطة- يزداد انتشاره بين البنات قياساً بالبنين.	يزداد عند اللعب مع الأطفال الأصغر سناً وعند التخطيط للمشروعات الأسرية مع الأطفال الأكبر سناً.	نادر
القصص (حدث في سالف العصر ...)	كثيراً ما يعتمد على قراءة القصص- يعتمد على فهم القصة واستيعابها- يتضمن قيام الطفل بتصور القصص الخيالية.	يتضمن حكايات بروجا Bruja- قص القصص عن أحداث حقيقية مع إضافة تفاصيل جديدة وقص القصص حول الشخصيات والأحداث التاريخية- لا يظهر ما يعرف بأدب الأطفال.	يتضمن حكايات عن الشخصيات والأحداث التاريخية- يتم تفضيل الكتب التي تزود بالمعلومات على الكتب الخيالية.	الإنصات إلى القصص المقروءة- يقوم على الفهم والاستيعاب- لا يتضمن القيام بالمناقشة.	لا توجد قصص للأطفال.

جدول (9-5) التباين الثقافي في الخطاب القصصي اليومي narrative genres

ولكن يظل من المتوقع بالنسبة للمعلم أن يكون على دراية باضطرابات الكلام التي يحتمل حدوثها للأطفال، وأن يقوم بإحالة أولئك الأطفال الذين يتوقع أن يعانوا من مثل هذه الاضطرابت إلى أخصائي اللغة والتخاطب. وفضلاً عن ذلك فإنه من المتوقع بالنسبة للمعلم أن يعمل مع أخصائي اللغة والتخاطب على مساعدة الأطفال على تصحيح وتصويب كلامهم إلى جانب اضطرابات اللغة التي قد يعانون منها.



يقوم أخصائي اللغة والتخاطب في الأساس بعلاج غالبية اضطرابات الكلام

اضطرابات الصوت: Voice Disorders

من البديهي أن يتم إدراك الصوت على أن له نغمة، وارتفاع، ونوعية. وأن أي تغير ينتاب نغمة الصوت وارتفاعه إنما يعتبر جزءاً من أنماط النبرات في الكلام.stress patterns of speechأما نوعية الصوت فإنها كما يرى روبنسون وكراو (2001) Robinson & Crowe لا ترتبط بإصدار الأصوات فحسب، بل ترتبط أيضاً بتلك الجوانب غير اللغوية في الحديث. وعلى الرغم من صعوبة تعريف اضطرابات الصوت بشكل دقيق فإنها تتعلق بنغمة الصوت وارتفاعه أو جودته، أو تتعلق بها جميعاً وهي ما ترتبط جميعاً بالحنجرة، وتعوق عملية التواصل، ويتم إدراكها على أنها تختلف عما يحدث في الظروف العادية بالنسبة لأي شخص في سن معين، ومن جنس معين، ومن خلفية ثقافية معينة.

هذا ويرى هاينيز وبندزولا (1998) Haynes & Pindzola أن اضطرابات الصوت يمكن أن تنتج عن مجموعة من الأسباب البيولوجية وغير البيولوجية بما فيها ما يلي:

1- التطور الذي يطرأ على الحنجرة كتكون العقد الصغيرة، أو الأورام، أو الأنسجة السرطانية.

2- العدوى التي تصيب الحنجرة مثل التهاب الحنجرة.

3- تلف الأعصاب المؤدية إلى الحنجرة.

4- الكدمات والرضوض التي تتعرض لها الحنجرة نتيجة للحوادث.

5- أي خدوش تتعرض لها الحنجرة.

ومن جانب آخر فإن الاستخدام الخاطئ للصوت أو إساءة استخدامه يمكن أن يؤدي أيضاً إلى نوعية صوت شاذة مؤقتاً وهو ما يؤدي ببعض معلمي المدارس العليا أو الثانوية إلى تطوير بعض اضطرابات الصوت المؤقتة أو التعرض لها. ومن المعروف أن تلك الاضطرابات التي تنتج عن الاستخدام الخاطئ للصوت misuse أو سوء استخدامهabuse يمكن أن تؤدي إلى تلف أنسجة الحنجرة. كما أن الفرد قد يعاني أحياناً من بعض المشكلات النفسية مما قد يؤدي إلى الفقد الكامل لصوته aphoniaأو إلى شذوذ صوتي شديد.

وجدير بالذكر أن اضطرابات الصوت التي تتعلق بما يعرف بالرنين resonanceأي نوعية الصوت أو جودته تنتج كما يرى مور وهيكس (1994) Moore & Hicks عن وجود شذوذ جسدي في التجويف الفمي مثل الشق الحلقي cleft palate وهو شق خلقي في سقف الفم، أو حدوث تلف في المخ، أو في الأعصاب المسيطرة على التجويف الفمي. ومن جانب آخر فإن العدوى التي تصيب اللوزتين، أو وجود اللحمية، أو الجيوب الأنفية يمكن أن تؤثر على تلك الطريقة التي يرن الصوت بها. ومن الأهمية بمكان أن معظم الأفراد الذين يعانون من فقد السمع الشديد لديهم في الواقع مشكلات في وصول صوتهم إلى مستوى الصوت الذي يعتبر رناناً بشكل طبيعي. كذلك فإننا قد نجد هناك أشخاصاً لم يتعلموا التحدث بصوت رنان وذلك بشكل مناسب، وهنا لا توجد أي أسباب بيولوجية أو سيكلوجية لتلك المشكلة، ولكن يبدو أنهم يكونوا قد تعلموا عادات سيئة تتعلق بتنظيم أعضاء الكلام.

وعندما يمر الأطفال بعملية فرز وتصفية تتعلق باضطرابات اللغة والتخاطب فإن أخصائي اللغة والتخاطب يبحث لديهم عن تلك المشكلات التي تتعلق بنوعية الصوت، والرنين، والنغمة، والارتفاع، ومدة الصوت duration وإذا ما وجد أن أياً من هذه المشكلات توجد لدى الطفل فإنه يقوم على الفور بتحويل هذا الطفل إلى الطبيب. وقد يتضمن التقرير الطبي الذي يتم إعداده آنذاك أن الجراحة أو أي تدخل آخر يعد أمراً حتمياً بسبب تطور الحالة أو نظراً لوجود عدوى معينة. وبعيداً عن التقييم الطبي فإن أخصائي اللغة والتخاطب سوف يقوم بعمل

التقييم اللازم عندما تبدأ المشكلة بحيث يتعرف من خلاله على تلك الكيفية التي يستخدم الطفل صوته بها في المواقف اليومية، وفي ظل الظروف الضاغطة. وإلى جانب ذلك البحث عن تلك الطريقة التي يتم إصدار الصوت بها، والمشكلات التركيبية أو الوظيفية التي يمكن أن تنشأ عن ذلك، والتي توجد بالفعل لدى الطفل فإن أخصائي اللغة والتخاطب يبحث أيضاً عن تلك الإشارات أو الأعراض الدالة على وجود عدوى معينة أو مرض معين يمكن أن يسهم في حدوث الاضطراب، كما يبحث كذلك عن تلك الإشارات الدالة على وجود مرض خطير لدى الطفل.

اضطرابات النطق : Articulation Disorders

تتضمن اضطرابات النطق أخطاء في إصدار الكلمات أو النطق بها، فقد يتم حذف صوت أو أصوات معينة من الكلمة، وقد يتم الاستبدال، أو التشويه، أو الإضافة أيضاً. فقد يتم في هذا الإطار استبدال الحرف (س) بحرف (ش) مثلاً. وقد تؤدي مثل هذه الأخطاء إلى صعوبة فهم ما يقصده المتحدث. وقد تحمل مثل هذه الأخطاء في إصدار الكلام في طياتها عقوبة اجتماعية للفرد حيث يتعرض المتحدث على أثر ذلك للمضايقة من جانب الآخرين أو لسخريتهم. ولكن يظل هناك سؤال أساسي وهام في هذا الصدد هو :

– *متى يمكن أن نعتبر أخطاء النطق اضطراباً؟*

وتكشف الإجابة على هذا السؤال في واقع الأمر أن ذلك لا يعتمد في الواقع على الحكم الذاتي الذي يصدره الأخصائي في هذا الصدد والذي سوف يتأثر حتماً بمدى خبرته في هذا الميدان، ولكنه يتأثر إلى جانب ذلك بعدد ونمط هذه الأخطاء، وبمدى ثباتها، وبالعمر الزمني للمتحدث وخصائصه المميزة، ومدى وضوح كلام الشخص حيث أن الأطفال الأصغر سناً يرتكبون العديد من هذه الأخطاء بشكل متكرر وذلك عند تعلمهم الكلام إذ لا يتمكن معظم الأطفال في هذه السن من إجادة كل القواعد الصوتية للغة، وإن كانوا يحاولون القيام بإصدار الأصوات بشكل سليم، ولكنهم لا يتمكنون من ذلك حتى يصلوا إلى الثامنة أو التاسعة من أعمارهم. وفضلاً عن ذلك فإن العديد من الأطفال يرتكبون العديد من هذه الأخطاء بشكل متكرر حتى بعد أن يلتحقوا بالمدرسة، وبذلك يعتبر عمر الطفل عاملاً أساسياً في الحكم على مدى كفاءة نطقه للأصوات المختلفة. وإلى جانب ذلك هناك عامل آخر هام وأساسي في هذا الصدد يتمثل في الخصائص الفونولوجية أو الصوتية للمجتمع المحلي للطفل وذلك نظراً لأن الأطفال يتعلمون الكلام عن طريق التقليد أو المحاكاة، ومن ثم فإنهم يتحدثونبذات الطريقة التي تسود مجتمعهم المحلي أو جماعتهم الثقافية وإن كان ذلك لا يعني

مطلقاً وجود اضطراب كلام لدى الطفل مهما اختلفت لهجته عن أي لهجة تسود في أي جماعة أخرى في نفس المجتمع.

ومما لا شك فيه أن عدد الأطفال الذين يعانون من صعوبات في إصدار الأصوات يتناقص بشكل واضح خلال السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من المدرسة الابتدائية. ومن جانب آخر يرى سكوارتز (1994)Schwartz أن معدل انتشار اضطرابات النطق يزداد بشكل كبير بين أولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى وخصوصاً التخلف العقلي، والاضطرابات النيورولوجية كالشلل الدماغي وذلك قياساً بعامة الأطفال. ويشير بيرنتال وبانكسون (1998) Bernthal &Bankson وكانيتو وآخرون (1998).Cannito et.al أنه يمكن في واقع الأمر أن تحدث عدم القدرة على إصدار الأصوات بشكل كلي من جراء عوامل بيولوجية مثل تلف المخ، أو تلف الأعصاب المسيطرة على تلك العضلات المستخدمة في الحديث وهو الأمر الذي قد يجعل من الصعب أو حتى من المستحيل أن يتم النطق بالأصوات. وعلاوة على ذلك فإن الشذوذ في التركيب الفمي كوجود الشق الحلقي على سبيل المثال من شأنه أن يجعل الحديث العادي صعباً أو مستحيلاً. وإلى جانب ذلك فإن التغيرات التركيبية الصغيرة نسبياً كتساقط الأسنان يمكن أن يؤدي إلى حدوث أخطاء مؤقتة، وقد ينتج التأخر في النمو أو التطور الفونولوجي أيضاً عن فقد السمع.

هذا وقد يقوم والدا طفل ما قبل المدرسة بإحالته للتقييم إذا كان من الصعب فهم ذلك الكلام الذي ينطق به. كذلك فإن غالبية المدارس تقوم بعملية فرز وتصفية للأطفال الجدد تتعلق في الأصل بالتعرف على اضطرابات اللغة والتخاطب، وفي أغلب الحالات إذا ما استمر الطفل في ارتكاب نفس أخطاء النطق وذلك حتى الصف الثالث أو الرابع تتم إحالته للتقييم. وأحياناً ما يلجأ الأطفال الأكبر سناً والمراهقون من تلقاء أنفسهم إلى طلب المساعدة وذلك عندما يؤدي كلامهم إلى الانتباه السلبي لهم. ومن المعروف أن أخصائي اللغة والتخاطب لا يقوم بتقييم الخصائص الفونولوجية أو الصوتية فحسب، بل يمتد الأمر إلى التاريخ النمائي والاجتماعي للطفل، ومدى قدرته على السمع، وقدرته اللغوية العامة، وميكانيزم الكلام.

وعلى الرغم من أن اهتمام أخصائيي اللغة والتخاطب باضطرابات النطق قد بدأ فعلاً في التناقص خلال السنوات الأخيرة فإنه يبدو من خلال ذلك الاهتمام المتزايد باللغة أن اضطرابات النطق الثابتة قد تؤدي إلى حدوث نتائج خطيرة على المدى البعيد. ومن ناحية أخرى يشير وليامز(2001) Williams إلى أن ذلك القرار الذي يتعلق بإشراك الطفل في برنامج التدخل أو عدم إشراكه فيه إنما يعتمد في الواقع على عمره الزمني، وبعض الخصائص النمائية الأخرى، ونمط أخطاء النطق التي يأتي بها، ومدى ثباتها. ومن الملاحظ

كما يرى بومان- وانجلر (2000) Bauman-Waengler أنه غالباً ما تصاحب اضطرابات النطق اضطرابات أخرى من اضطرابات اللغة والتخاطب، وبذلك يمكن أن يتطلب الطفل التدخل في جوانب متعددة للتواصل. كما أن هذا القرار سوف يعتمد بجانب ذلك على تقييم أخصائي اللغة والتخاطب عن احتمال قيام الطفل بالتصحيح الذاتي لمثل هذه الأخطاء، والعقوبات الاجتماعية التي قد تترتب على استمرار قيامه بتلك الأخطاء كمضايقة الآخرين له أو الخجل منهم. فإذا ما كان الطفل على سبيل المثال يسيء نطق بعض الأصوات القليلة فقط، ويقوم بذلك بصفة مستمرة، كما أنه يعاني على أثر ذلك من الارتباك الاجتماعي، أو الخجل، أو الرفض فإن الأمر بذلك عادة ما يتطلب اللجوء إلى برنامج معين للتدخل.

اضطرابات الطلاقة : fluency disorders

يتسم الكلام العادي بوجود بعض المقاطعات في مدى انسيابه، كما أننا قد نفهم الأصوات بشكل خاطئ حيث ندرك صوتاً معيناً بالكلمة مثلاً على أنه صوت آخر، وقد نتحدث بسرعة اعتقاداً منا أن الآخرين سوف يفهموننا بذلك، وقد نتوقف في المكان الخاطئ بالجملة، ونستخدم نمطاً للنبرات غير ملائم، أو يصبح كلامنا أقل انسياباً فنتعثر في الكلام، أو نرجع من حيث بدأنا، أو نكرر المقاطع أو الكلمات، ونملأ الوقفات التي نقوم بها بلفظة (أأأ) uh وذلك أثناء محاولتنا التفكير في تلك الكيفية التي ننهي بها ما يجب أن نقوله. وحينما يبذل المتحدث محاولات كثيرة مثل هذه، أو تحدث مقاطعات متكررة في معدل انسياب حديثه، أو يصبح من الصعب على الآخرين أن يفهموا ما يقصده من حديثه، أو يسترعى حديثه هذا اهتماماً غير عادي من الآخرين فإن ذلك يعتبر اضطراباً. وإضافة إلى ذلك فإن بعض المستمعين كما يرى روبنسون وكراو Robinson & Crowe (2001) قد يتساهلون بدرجة أكبر من غيرهم في بعض أنماط من عدم انسياب الحديث. كما أن معظمنا قد يتقبل عن طيب خاطر تلك المقاطعات التي تحدث لمدى انسياب الحديث والتي ندركها على أنها تصحيح ضروري لما يقوله المتحدث، أو لما يخطط كي يقوله وذلك بدلاً من كونها وقفات أو مقاطعات يبدو أنها تعكس عدم قدرة المتحدث على أن يتقدم في نطقه لما يريد أن يقوله.

ومن الجدير بالذكر أن أكثر أنماط اضطرابات الطلاقة شيوعاً إنما يتمثل في اللجلجة stutteringحيث يصل معدل انتشار اللجلجة بين الأطفال والمراهقين إلى حوالي 1% تقريباً، كما يزداد انتشاره بين البنين قياساً بالبنات، كذلك فإن الكثيرين من الأطفال عادة ما يتخلصون مع نموهم من عدم انسياب أو طلاقة حديثهم الذي كان يسود في الطفولة. وبوجه عام يخبر هؤلاء الأطفال كما يرى كونتشر Conture(2001) اضطرابات طلاقة عادية، كما يبدو أنهم لا يكونوا واعين بترددهم في الكلام، وأن آباءهم ومعلميهم لا يهتمون عادة بأنماط

حديثهم. وإذا ما استمر الطفل في اللجلجة لمدة تزيد عن عام ونصف أو عامين فإنه يصبح بالتالي ممن يعانون بشكل مزمن من اللجلجة.

وعلى هذا الأساس فإن الطفل عندما يبدأ في اللجلجة يصبح لزاماً على الوالد والمعلم أن يقوما بإحالته إلى أخصائي اللغة والتخاطب للتقييم حيث يعد التشخيص المبكر على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لأنه يساعد في مثل هذه الحالة على تجنب حدوث اللجلجة بشكل مزمن. وللأسف فإن معظم المعلمين والأطباء لا يقومون كما يشير كورلي وسيجل (1997) Curlee & Siegel بإحالة أولئك الأطفال الذين يحتمل أن يعنوا من اللجلجة إلى التقييم المتعمق لأنهم يكونوا على دراية بأن عدم طلاقتهم أو عدم انسياب حديثهم يعتبر جزءاً عادياً من نمو اللغة والحديث من جانبهم، إلا أن عدم إحالة هؤلاء الأطفال المعرضين لخطر اللجلجة للتقييم لا يعد في صالحهم، بل إنه يعود عليهم بالضرر نظراً لأنه إذا لم يتم علاج اللجلجة لديهم فقد تصبح اضطراباً يستمر معهم مدى الحياة، ويؤثر بالتالي في قدرتهم على التواصل، وعلى تطوير مشاعر إيجابية تجاه الذات، وفي متابعتهم لفرص تعليمية أو وظيفية معينة. ولذلك فإنه عادة ما يتم النظر إلى التدخل المبكر في الوقت الراهن على أنه يعتبر أمراً حاسماً وهاماً في هذا الصدد بوجه عام.

اضطرابات الكلام المرتبطة بالتلف النيورولوجي

تقع العضلات التي تتحكم في الكلام تحت السيطرة الإرادية من جانب الفرد، إلا أنه عندما يحدث تلف في المخ يصيب تلك الأجزاء التي تتحكم في هذه العضلات، أو يحدث تلف في الأعصاب التي تؤدي إليها يحدث اضطراب في قدرة الفرد على أن يتكلم بشكل عادي كنتيجة لذلك. وقد تشمل مثل هذه الاضطرابات اضطرابات نطق الأصوات أو ما يعرف بعسر النطق dysarthria أو اختيار وتتابع الحديث وهو ما يعرف بالعمه الحركي apraxia أي فقد القدرة على القيام بحركات متسقة ومعقدة تتعلق بتتابع الحديث. هذا وتحدث تلك الصعوبات التي ترتبط بعملية الكلام أو التحدث نظراً لأن تلك العضلات التي تتحكم في عملية التنفس، والحنجرة، والحلق، واللسان، والفك، والشفتين لا يمكن التحكم فيها بشكل دقيق. كما قد تتأثر الوظائف العقلية المعرفية والإدراكية سلباً بدرجات متفاوتة اعتماداً على طبيعة الإصابة التي تلحق بالمخ. وبالتالي فقد يجمع الفرد بين أحد اضطرابات اللغة بجانب اضطراب الكلام.

هذا وسوف نناقش في الفصل الثاني عشر العديد من تلك الأسباب المحتملة التي يمكن أن تؤدي إلى إصابة المخ والتي تضم فيما بينها الصدمات الجسمية، ونقص الأكسجين، والتسمم، والأمراض، والسكتة الدماغية. ويمكن لأي من هذه الأسباب أن يؤدي إلى عسر

النطق أو العمه الحركي. وربما تتمثل الحالة التي يمكن أن تكون في الغالب مسئولة عن حدوث مثل هذه الاضطرابات لدى الأطفال في الشلل الدماغي وهي الحالة التي يمكن أن تحدث فيها إصابة المخ قبل أو أثناء أو بعد الولادة وتؤدي إلى ضعف العضلات أو الشلل. كما تعتبر حوادث السيارات سبباً رئيسياً في حدوث إصابات المخ الناتجة عن الصدمات traumatic brain injury لدى المراهقين وفي بدايات مرحلة الرشد.

وعندما يتم عرض الطفل على أخصائي اللغة والتخاطب فإنه سوف يقوم بتقييم قدرة ذلك الطفل الذي يعاني من الإعاقة النيورولوجية على التحكم في التنفس، وإصدار الأصوات، والرنين، والحركات التي تتعلق بالنطق وذلك من خلال الاستماع إليه وهو يتحدث، والتعرف الدقيق على ميكانيزم الكلام لديه. ومن جانب آخر يجب أن يقوم الطبيب وأخصائي التأهيل الذين يشتركان في علاج الاضطرابات النيورولوجية بتقييم تلك المشكلة التي يعاني الطفل منها، وأن يخططا لوضع استراتيجية معينة يتمكنا بموجبها من إدارة مثل هذه المشكلة أو الحالة بشكل عام. ومن المعروف أنه إذا أدت تلك الإعاقة النيورولوجية إلى جعل كلام الفرد غير واضح فإنه سوف تتم الاستعانة في مثل هذه الحالة بأنساق التواصل البديلة أو المتزايدة.

التدخل المبكر

تؤكد دراسة النمو المبكر للطفل على أن السنوات العديدة الأولى في حياته تعد فترة حاسمة فيما يتعلق بتعلم اللغة حيث يعتمد الجانب الأكبر من نمو لغة الأطفال ونموهم الاجتماعي على طبيعة ونوعية أو جودة تلك التفاعلات اللغوية التي يقومون بها مع والديهم أو القائمين على رعايتهم وهو الأمر الذي نلمسه بوضوح في منازل أولئك الأطفال الذين يكونون مستعدين للتعلم عند التحاقهم بالمدرسة حيث تتسم تلك التفاعلات التي تحدث بينهم وبين والديهم بالتكرار، والاستمرار، والتركيز على تشجيع الأطفال على السلوك وتوكيد سلوكهم، والتركيز على الطبيعة الرمزية للغة، وتقديم الإرشاد اللازم للأطفال بشكل لطيف في سبيل استكشاف الأشياء والعلاقات، كما تتميز أيضاً باستجابة الراشدين المستمرة لهؤلاء الأطفال. كذلك فإننا نجد في المقابل أن أولئك الأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة وهم لا يزالون غير مستعدين للتعلم يخبرون في أسرهم معدلات أقل من التفاعل اللغوي، ويتعرضون لتغذية راجعة سلبية ومثبطة تتعلق بسلوكهم، وعادة ما يستمعون إلى لغة جافة وحرفية تخلو من الانفعالات.

هذا وقد قام هارت وريسلي Hart & Risley (1995 استناداً على ملاحظاتهما الموسعة في العديد من الأسر بمقارنة الخبرات اللغوية للأطفال الذين ينحدرون من أسر يعمل الوالدان

فيها بمهن تتطلب الثقافة والعلم، والأطفال الذين ينحدرون من أسر تنتمي إلى الطبقة العاملة، وأقرانهم الذين ينحدرون من أسر تعيش في رفاهية فحصلا على تناقضات كبيرة تتعلق بالخبرات اللغوية، والآثار الملاحظة في تحصيلهم الأكاديمي وفي سلوكهم عامة، إلا أن مثل هذه الفروق لم ترتبط بدخل الأسرة أو بخلفيتها العرقية، ولكنها كانت ترتبط بكيفية تحدث الوالدين لأطفالهما، وذلك الكم الذي كان يحدث به التحدث للأطفال حيث أكد الباحثان أن النتائج التي حصلا عليها فيما يتعلق بتلك الإنجازات التي حققها الأطفال إنما تكشف عن أن هذه الإنجازات تعتمد بدرجة أقل على الخصائص الزواجية (الاجتماعية) والتربوية المتاحة في الأسرة، ولكنها كانت تعتمد بدرجة أكبر على كم الخبرة التي يمر الأطفال بها في تلك الأسر، ومدى قيام الأسرة بتوفير التنوع اللغوي، والتغذية الراجعة التوكيدية، والتأكيد الرمزي، والإرشاد، والاستجابة للأطفال. وعند وصول هؤلاء الأطفال لا يمكن لأي تدخل حتى التدخل المكثف ذاته أن يعوضهم عن الفروق في كم تلك الخبرات التي يكونوا قد خبروها في الأسرة، وبالتالي فقد انتهى الباحثان إلى أن التربية الوالدية الجيدة والأساليب الفعالة التي يلجأ الوالدان إليها في هذا الصدد سوف يكون من شأنها أن تجعل التدخل غير ضروري أي أنها سوف تغنينا عن التدخل في هذا الإطار.

وعلى هذا الأساس يتضح لنا أن المفتاح الرئيسي للوقاية من حدوث أي إعاقات كما يشير هامر وويس (2000) Hammer &Weiss ترتبط بالنمو اللغوي إنما يكمن في مساعدة الوالدي على تحسين علاقاتهما بأطفالهما منذ مرحلة المهد. ومع ذلك يعتبر التدخل بالنسبة للعديد من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وفي الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية أمراً ضرورياً ، ولكنه ينبغي أن يعتمد بصفة أساسية على الفهم الواعي لأسر هؤلاء الأطفال وخاصة وجهات نظر الأمهات في النمو اللغوي.

وغني عن البيان أن أطفال ما قبل المدرسة الذين يعدون في حاجة إلى برامج التدخل نظراً لمعاناتهم من اضطراب أو أكثر من اضطرابات اللغة والتواصل إنما يعانون في الواقع من إعاقات متعددة قد تكون أحياناً شديدة أو حادة في أحيان أخرى حيث ترتبط اللغة ارتباطاً وثيقاً بالنمو العقلي المعرفي وبالتالي فإن أي إعاقة للقدرة العقلية العامة سيكون من المحتمل بالنسبة لها أن تؤدي إلى حدوث تأثير معوق على النمو اللغوي. وعلى العكس من ذلك فإن الافتقار إلى اللغة أي حدوث قصور في هذا الجانب يمكن أن يؤدي إلى إعاقة النمو العقلي المعرفي. ونظراً لأن الكلام يعتمد على النمو النيورولوجي والحركي فإن أي مشكلة نيورولوجية أو حركية سوف يكون من شأنها أن تعوق القدرة على التحدث. كذلك فإن النمو الاجتماعي

العادي في سنوات ما قبل المدرسة يعتمد أيضاً على ظهور اللغة، ومن ثم يشير بريزانت Prizant (1999) إلى أن تلك الإعاقة اللغوية التي يعاني الطفل منها سوف تؤثر سلباً على تعلمه الاجتماعي. وبالتالي يرى ماكيب وآخرون McCabe et.al. (2000) أن لغة الطفل بمرحلة ما قبل المدرسة نادراً ما تكون هي الهدف الوحيد للتدخل.

ومن جانب آخر فقد أصبح الباحثون على دراية متزايدة بأن بدايات النمو اللغوي إنما ترجع إلى تلك التفاعلات المبكرة جداً التي تحدث بين الأم والطفل. ونظراً لأن الاهتمام بنمو قدرة الطفل على التواصل لا يمكن أن ينعزل عن الاهتمام بنموه في الجوانب الأخرى فإن أخصائي اللغة والتخاطب بذلك يلعب دوراً حيوياً كعضو في ذلك الفريق الذي يقوم بتقييم الطفل المعوق، ويعمل على تطوير خطة فردية أسرية ملائمة لتقديم الخدمات المختلفة كما أوضحنا في الفصل الثاني. ولما كانت مثل هذه الخدمات يمكن أن تتضمن تقديم برامج تدخل مناسبة فإن برامج التدخل المبكر قد أضحت تعتمد في هذا الجانب على توسيع ذلك الدور الذي يمكن أن يقوم الوالد به، وهذا يعني تقديم قدر أكبر من اللعب البسيط ليكون مصاحباً لتلفظ الطفل بالكلمات وهو ما يعني التحدث إلى الطفل عن الأشياء والأنشطة بنفس الطريقة التي تتحدث بها معظم الأمهات إلى أطفالهن الرضع، ولكنها تعني كذلك كما يشير فاي وآخرون Fey et.al. (1995) اختيار الأشياء، والأنشطة، والكلمات، والنتائج التي يمكن أن تترتب على قيام الطفل بالتلفظ بعناية فائقة مما يدعم ويحسن من فرص قيام الطفل بتعلم اللغة الوظيفية.

ومن الجدير بالذكر أن المختصين في الطفولة المبكرة يدركون في الوقت الراهن أن التدخل قبل اللغوي يعد أمراً حاسماً بالنسبة للنمو اللغوي للطفل أي أن التدخل من هذا المنطلق يجب أن تبدأ قبل أن تظهر لغة الطفل وقبل أن يتحدث بها حيث تشهد الشهور القليلة الأولى من حياة الطفل إرساء أسس اللغة لديه وذلك من خلال تلك الحوارات غير اللفظية التي يقوم الطفل الرضيع بها مع أمه أو القائم على رعايته. ومن ناحية أخرى يجب أن يتم التركيز خلال السنوات الأولى لتنفيذ الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية IFSP على تقييم جوانب القوة التي تتسم الأسرة بها، وتقييم حاجاتها، وتدريب الوالدين على كيفية القيام بتعليم الطفل وترويضه. ورغم أن الواقع يشهد أن تقييم الأسرة ليس بالأمر الهين فإنه يمكن أن تتم مساعدة الوالدين على أن يقوما بدور أكثر أهمية في النمو اللغوي لأطفالهما. ومع ذلك فإن التركيز الذي يشهده هذا الإطار في الوقت الراهن قد أصبح منصباً على العمل مع الوالدين على أنهما شريكان يتسمان بالكفاءة، ولا بد من احترام تفضيلاتهما وقراراتهما في هذا الخصوص.

تعتبر السنوات القليلة الأولى من العمر حاسمة في تعلم اللغة

ويبدو أنه من المحتمل بالنسبة للتدخل في مرحلة الطفولة المبكرة أن يعتمد بصفة أساسية على تقييم سلوك الطفل اللغوي وذلك في أمور معينة تتعلق باللغة أي سلوكه اللغوي فيما يتعلق بمحتوى اللغة، وشكلها، واستخدامها خاصة في التفاعلات الاجتماعية. أما بالنسبة لذلك الطفل الذي لم يتعلم اللغة بعد فإن التقييم والتدخل اللذان يمكننا استخدامهما آنذاك سوف يركزان على عدة أمور أخرى ذات أهمية في هذا الإطار هي :

1- التقليد أو المحاكاة .

2- اللعب ذي الطقوس المحددة .

3- اللعب الإيهامي .

4- اللعب بالأشياء المتنوعة .

5- الاستخدام الوظيفي للأشياء المختلفة.

ومن المهم أن يتم خلال المراحل المبكرة التي يكون محتوى اللغة وشكلها تفاعليين أي يقومان على التفاعل عدد من الأمور ذات الدلالة من أهمها ما يلي :

- تقييم ذلك المدى الذي ينظر الطفل خلاله إلى شيء معين نوجهه باتجاهه ويقوم بالتقاطه.
- أن يفعل الطفل شيئاً معيناً بهذا الشيء الذي يكون قد التقطه بيديه عندما يوجهه أحدالراشدين إلى القيام بذلك.

- أن يستخدم الأصوات كي يتمكن من طلب الحصول على الأشياء المختلفة أو رفضها.
- أن يستخدم الأصوات أيضاً لتوجيه الانتباه إلى أشياء معينة.

وعندما نضع استخدام الطفل للغة في اعتبارنا فإن الأهداف المبكرة التي ينبغي أن ننظر إليها يجب أن تتضمن قيام هذا الطفل بالنظر إلى الشخص الراشد أثناء التفاعلات المختلفة، وقيامه بأخذ دور معين في الأنشطة والألعاب المختلفة التي يشارك فيها، ومحاولة إطالة مثل هذه الأنشطة والألعاب التي تبعث على السرور، ومتابعة حملقة الشخص الراشد له، وقيام هذا الطفل بتوجيه سلوك الراشدين المحيطين به، والإصرار على القيام ببعض الإيماءات أو النطق ببعض الأصوات أو الكلمات عندما لا يستجيب الشخص الراشد له أو القيام بتغيير تلك الإيماءات أو الأصوات إذا لم تتم الاستجابة له من قبل ذلك الشخص الراشد.

ويعتبر تعليم الخطابdiscourse أي مهارات المحادثة في مرحلة ما قبل المدرسة أمراً حاسماً وحيوياً بالنسبة للتدخل اللغوي حيث يتم على وجه الخصوص الاهتمام بتعليم الأطفال القيام باستخدام ذلك الخطاب الذي يعد ضرورياً لنجاحهم في المدرسة. وفيهذا الإطار يجب أن يتعلم الأطفال أن يقوموا على سبيل المثال كما يرى جونسون وآخرون Johnson (1991) et.al.بإعداد تقرير مفصل عن خبراتهم، وأن يقوموا بتفسير تلك الأشياء التي تحدث من حولهم بحيث لا يقتصر الأمر على مجرد إضافة كلمات جديدة إلى مفرداتهم اللغوية فحسب، بل يتجاوز ذلك إلى التقرير والتفسير وخلافه أي استخدام مثل هذه المفردات اللغوية في إجراء مزيد من المحادثات. وعلى ذلك يجب ألا يقتصر الطفل على تعلم الأشكال المختلفة للكلمات والمعاني المحتملة فحسب، ولكن يجب أن يتعلم أيضاً كيف يأخذ دوره في المحادثة، وألا يخرج عن موضوع المحادثة، أو أن يقوم بتغيير مثل هذا الموضوع بشكل ملائم. هذا وقد تتضمن برامج ما قبل المدرسة التي تركز على تعليم اللغة تلك المحادثات الفردية اليومية للمعلمين مع الأطفال، والقراءة اليومية لكل طفل على حدة أو للمجموعات الصغيرة إلى جانب المناقشات المستمرة داخل الفصل.

هذا وتهتم الاتجاهات السائدة في هذا الصدد كما يرى نيلسون Nelson (1998) بتقديم برامج التدخل الخاصة باللغة والتخاطب للأطفال الأصغر سناً في بيئاتهم الفعلية أو الواقعية. وهذا يعني أنه ينبغي أن يقوم معلم الفصل وأخصائي اللغة والتخاطب بإقامة علاقة عمل حميمة بينهما بحيث يمكن لأخصائي اللغة والتخاطب أن يتعامل مباشرة مع الأطفال داخل الفصل، وأن يقوم بتقديم النصيحة اللازمة للمعلم حول برنامج التدخل الذي يمكنه أن يقوم بتنفيذه كجزء من الأنشطة الصفية العادية. كذلك فإن استراتيجيات التدخل يمكن أن تتضمن كما يشير بريزانت Prizant (1999) وفاي وآخرون Fey et.al. (1995) أقران الطفل أيضاً

نظراً لأن اللغة تعد في الأساس نشاطاً اجتماعياً يتطلب حدوثه اشتراك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل الاجتماعية كالأقران والراشدين فيه.

وجدير بالذكر أنه يتم تعليم الأطفال العاديين كي يقوموا بالمساعدة في النمو اللغوي للأطفال ذوي الإعاقات من خلال قيامهم أثناء اللعب بما يلي :

1- القيام بالتواصل البصري.

2- وصف ما يقومون به من أعمال، أو ما يقوم الآخرون به.

3- تكرار توضيح ما يقوله الطفل المعوق، أو التوسع في توضيح ذلك، أو طلب توضيحه منه إذا لم يكن الأمر يستدعي ذلك .

ويرى ماكجريجور (2000) McGregor أنه حينما يقوم الأطفال بدور المدربين كما يتضح من هذا المثال يصبح من شأن ذلك أن يساعد في تطور الكلام واللغة من جانب زملائهم بالفصل الذين يستخدمون لهجات مختلفة عنهم. وهناك استراتيجية أخرى يتم استخدامها في هذا الصدد تقوم على مشاركة الأقران في اللعب الدرامي الاجتماعيsociodramatic play حيث ينتظم الأطفال في مجموعات تضم كل منها ثلاثة أطفال بما فيهم الطفل المعوق، ويتعلمون القيام بالأدوار الاجتماعية كما يمكن لها أن تحدث في المواقف المختلفة. ويتضمن التدريب وجود نصوص مكتوبة تحدد لكل طفل ما سيقوم به وما سيقوله، كما تحدد أيضاً تلك الأجزاء التي سيقوم الأطفال بتعديلها بأساليب ابتكارية أو إبداعية.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood

كان يتم في الماضي تصنيف المراهقين والراشدين بوجه عام في برامج التدخل الخاصة باللغة والتخاطب إلى ثلاث فئات تتمثل فيما يلي :

1- من قاموا بتحويل أنفسهم للعلاج.

2- ذوو المشكلات الصحية الأخرى.

3- ذوو الإعاقات الشديدة.

ومن المعروف أن المراهقين أو الراشدين يمكن أن يقوموا بتحويل أنفسهم إلى أخصائيي اللغة والتخاطب لأن طريقتهم في نطق الأصوات، أو الأصوات التي تصدر عنهم، أو اللجلجة التي يخبرونها تسبب لهم الارتباك الاجتماعي والخجل، وتعوق عملية بحثهم عن مهنة معينة لهم. ومن ثم فإنهم بذلك يعدون أشخاصاً يعانون من مشكلات امتدت معهم لفترات طويلة مما

دفعهم إلى تغيير طريقتهم في الحديث والتخلص من تلك الجزاءات أو العقوبات الاجتماعية التي يفرضها عليهم اختلافهم عن الآخرين فيها.

ويمكن أن يخبر المراهقون والراشدون ذوو الإعاقات الصحية الأخرى عطباً في قدرتهم على استخدام اللغة والتواصل نتيجة لمرض أو إصابة، أو أنهم قد يفقدون جزءاً من ميكانيزم الكلام عن طريق إصابة أو عملية جراحية لإزالته. وعادة ما يتطلب علاج مثل هؤلاء الأفراد جهداً منظماً لفريق من الأشخاص. وقد يتعرض بعض الأفراد في بعض الحالات لمرض تطوري، أو لتلف نيورولوجي شديد، أو لفقد أنسجة من ميكانيزم الكلام، أو لخلل في الجانب الوظيفي للكلام وكلها أمور من شأنها أن تعوق التواصل من جانبهم، إلا أن الإجراءات الجراحية المختلفة، والعلاج الطبي، والأجهزة التعويضية (الترقيعية) prosthetic القائمة على إضافة عضو صناعي إلى الجسم البشري] قد جعلت من الممكن بالنسبة لمعظم هؤلاء الأفراد التحدث بشكل طبيعي. ومن جانب آخر يشير كلاين وموسيز Klein & Moses (1991) إلى أن فقد القدرة على استخدام اللغة من جانب هؤلاء الأفراد تعد أكثر إعاقة لهم من فقد القدرة على التحدث، فقد تؤدي إصابة المخ الناتجة عن الصدمات إلى حدوث قصور خطير في قدرة الفرد على الوعي بالذات، أو تحديد الأهداف، أو التخطيط، أو توجيه الذات، أو المبادرة بأداء الأعمال المختلفة، أو كف الحفزات، أو تصوير أو تقييم أدائه، أو حل المشكلات. ويعتبر استعادة هذه المهارات الحيوية القائمة على اللغة جانباً حيوياً في عملية الانتقال بالنسبة للمراهق أو الراشد من المستشفى إلى المدرسة، ومن المدرسة إلى الحياة المستقلة.

هذا وقد يحتاج أولئك الأفراد ذوو الإعاقات الشديدة إلى تلك الخدمات التي يقدمها أخصائي اللغة والتخاطب حتى يتمكنوا من الحديث الواضح أي من التحدث بشكل واضح ومفهوم. وقد يحتاجون كذلك إلى أن يتعلموا استخدام أسلوب بديل للغة الشفوية أو استخدام نسق معين للتواصل المتزايدaugmentative. وتتمثل إحدى المشكلات الأساسية التي تواجهنا عند التعامل مع المراهقين والراشدين ذوي الإعاقات الشديدة في تحديد أهداف واقعية يتم في سبيل تحقيقها تعلم اللغة والتخاطب. فتعلم اللغة الوظيفية البسيطة مثل التحية الاجتماعية، وتسمية الأشياء، وطلب بعض الأشياء البسيطة قد يمثل أهدافاً واقعية بالنسبة لبعض المراهقين والراشدين.

ويمثل استمرار الحصول على التدريب والمساندة التي كان يتم تقديمها خلال سنوات المدرسة اهتماماً أساسياً في برامج الانتقال التي يتم تقيمها للمراهقين والراشدين. ولكي تنجح مثل هذه البرامج فإنها ينبغي أن تتضمن تلك الخدمات التي تتعلق باللغة والتخاطب والتي تعد جزءاً من البيئة الطبيعية لهؤلاء الأفراد أي أن تلك الخدمات يجب أن يتم تقديمها

على أساس مجتمعي، وأن تتكامل في سبيل أداء الأنشطة المهنية، والمنزلية، والترويحية، والاستهلاكية، وأنشطة التدريب على الحركة. هذا ويجب أن تركز التدخلات الخاصة باللغة والتخاطب والتي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين ذوي الإعاقات الشديدة على التواصل الوظيفي أي على مساعدة الفرد كي يفهم ما يحدث، وأن يجعل الآخرين يفهمون ما يقصده ويعنيه في المواقف الاجتماعية المختلفة التي يعتبر من الأكثر احتمالاً أن يواجهونها في حياتهم اليومية. كذلك فإن تنمية المهارات الملائمة لإجراء المحادثات (كالتواصل البصري، والتحية، والالتزام بالدور، وعدم الخروج على موضوع المحادثة)، والقراءة، والكتابة، واتباع التعليمات المرتبطة بالأنشطة الترويحية، واستخدام وسائل النقل العام، وشغل وظيفة معينة على سبيل المثال تعتبر من أهم أنواع الأنشطة الوظيفية المرتبطة باللغة والتخاطب والتي يجب التركيز عليها في مثل هذه البرامج.

ومن الملاحظ أن الوقت الراهن يشهد اهتماماً متزايداً وتركيزاً من جانب المختصين في هذا المجال على اضطراب اللغة لدى المراهقين والراشدين الذين لا يمكن تصنيفهم إلى فئات أخرى من فئات الإعاقة علماً بأن معظم هؤلاء الأفراد كان يتم اعتبارهم من قبل ذوي مشكلات أكاديمية واجتماعية لا ترتبط باللغة، ولكن النظرة إليهم قد تغيرت الآن وأصبح يتم النظر إلى معظم المشكلات الأكاديمية والاجتماعية للمراهقين والراشدين على أنها عبارة عن اضطرابات لغة في الأساس، وهي بذلك عبارة عن استمرار لتلك الصعوبات التي يكون هؤلاء الأفراد قد خبروها منذ وقت مبكر في حياتهم.

كذلك فإن المعلم يعد في وضع جيد يساعده على تحديد تلك المشكلات المحتملة التي ترتبط باللغة، وعلى طلب المساعدة اللازمة من أخصائي التواصل. ومن هنا فإن بإمكانه أن يتصدى لمثل هذه المشكلات منذ مرحلة مبكرة من ظهورها وبطريقة فعالة وهو الأمر الذي يعتبر ذا أهمية كبيرة في مساعدة هؤلاء الأفراد مع وصولهم إلى مرحلة المراهقة على الانتقال بشكل ناجح إلى مرحلة الرشد، وفي الانتقال الناجح إلى بيئات أكثر تعقيداً وأكثر اجتماعية. ومن ناحية أخرى يرى هالاهان وآخرون Hallahan et.al. (1991) أن بعض المراهقين والراشدين يعدون من الطلاب المتازين الذين يمكنهم أن يتدربوا على الاستراتيجيات المعرفية المختلفة حيث يمكنهم أن يتعلموا اختيار البيانات، وتخزينها، واسترجاعها، ومعالجتها وذلك في الوقت الذي لا يكتسب غيرهم المهارات اللازمة للقراءة، أو المهارات الرمزية، أو الذكاء الذي يمكنهم من الاستفادة من ذلك التدريب المعتاد في الاستراتيجيات المعرفية. وأياً كانت الأساليب التي يتم اختيارها للتعامل مع هؤلاء المراهقين فإن المعلم ينبغي أن يكون على وعي بتلك المبادئ التي يطبقها في برنامج التدخل الذي يستخدمه معهم.

الخلاصة: Summary

يتطلب التواصل إرسال واستقبال رسائل معينة ذات معنى. وتعتبر اللغة هي عملية تواصل الأفكار من خلال نسق عفوي للرموز (الحروف الهجائية) يستخدم وفق قواعد محددة ومقبولة، أما الكلام فهو سلوك تشكيل وتسلسل الأصوات المتضمنة في اللغة الشفوية. وقد تتضمن اضطرابات التواصل اللغة، أو الكلام، أو كليهما. ومما لا شك فيه أنه من الصعب تحديد معدل انتشار دقيق لتلك الاضطرابات، ولكن اضطرابات اللغة والتخاطب تعتبر من أكثر الإعاقات شيوعاً بين الأطفال.

هذا ويبدأ النمو اللغوي للأطفال عامة مع أولى التفاعلات التي تحدث بين الأم والطفل، وإذا كان تتابع نمو اللغة معروفاً جيداً فإننا لا نعرف سوى القليل نسبياً عن ذلك السبب الذي يتعلم الأطفال اللغة من أجله، والكيفية التي يتم بها ذلك. وتتضمن بعض نظريات النمو اللغوي تلك الأفكار الأساسية التالية:

1- يعتمد تعلم اللغة على نمو المخ، والأداء الوظيفي الملائم للمخ.

2- يتأثر تعلم اللغة بالنتائج التي تترتب على السلوك اللغوي.

3- يتم تعلم اللغة من المدخلات والمخرجات التي ترتبط بمعالجة البيانات.

4- يقوم تعلم اللغة على قواعد لغوية.

5- تعتبر اللغة هي إحدى المهارات المعرفية (التفكير).

6- تنبع اللغة من الحاجة إلى التواصل في التفاعلات الاجتماعية.

وتؤكد نتائج البحوث التي أجريت في هذا الإطار بعضاً من هذه الآراء وإن كان السائد في الوقت الراهن هو النظرية الوظيفية أو النظرية التفاعلية الاجتماعية نظراً لأنها تتضمن أهم التطبيقات التي يستخدمها المعلم وأخصائي اللغة والتخاطب.

ويمكن تصنيف اضطرابات اللغة وفقاً لخمسة أنساق لغوية فرعية على النحو التالي :

1- الأصوات phonology

2- التراكيب الصوتية morphology

3- تراكيب الجمل syntax

4- المعاني semantics

5- الوظيفية pragmatics

كما يمكن أن يتم من ناحية أخرى تصنيفها وفقاً للأسباب المحتملة للاضطراب أو الأسباب التي ترتبط به كالتخلف العقلي على سبيل المثال، أو إصابات المخ الناتجة عن الصدمات، أو اضطراب التوحد. ومن جانب آخر فإن تقييم اضطرابات اللغة والتدخل الملائم لها يتطلب استخدام الاختبارات المقننة، والأحكام الإكلينيكية غير الرسمية. ويجب أن تهتم خطة التدخل بما يتحدث الطفل عنه، والكيفية التي يتحدث بها، والكيفية التي يجب عليه أن يتحدث بها حتى يصبح حديثه واضحاً ومفهوماً، وكيف يستخدم الطفل اللغة في سبيل تحقيق التواصل. ولا تعتبر مساعدة الطفل على تعلم استخدام اللغة بفعالية مهمة أخصائي معين فحسب، بل هي مسئولية فريق متكامل. فأخصائي اللغة والتخاطب يعمل بانتظام في الوقت الراهن مع معلم الفصل حتى يصبح تعلم اللغة جزءاً متكاملاً مع التدريس داخل الفصل، كذلك فإن أكثر المداخل المستخدمة في تناول التواصل هو المدخل الوظيفي.

وغني عن البيان أنه يجب ألا يساء فهم الفروق بين اللهجات واللغات الأصلية على أنها اضطرابات لغوية مع عدم استبعاد تعرض الأطفال لبعض اضطرابات اللغة وهو الأمر الذي يفرض علينا اللجوء إلى ما يعرف بالتربية الخاصة ثنائية أومزدوجة اللغة bilingual special education هذا وقد يتعرض الأطفال لأكثر من نمط واحد من أنماط اضطرابات الكلام، وأن هذه الاضطرابات يمكن أن تتزامن مع اضطرابات اللغة. أما بالنسبة لاضطرابات الصوت على الجانب الآخر فهي تتضمن نغمة الصوت، وارتفاعه، ونوعية أو جودة النطق وهو ما قد يعد غير سار بالنسبة للمستمع، وقد يتعارض مع التواصل، أو يسيء استعمال الحنجرة. بينما تتضمن اضطرابات النطق الحذف، والإبدال، والإضافة، والتشويه وذلك بالنسبة لتلك الأصوات التي تتضمنها الكلمة وهو الأمر الذي يجعل من الصعب فهم الحديث. كذلك فهناك اضطرابات الطلاقة والتي تعد اللجلجة من أكثرها شيوعاً.

ويمكن من جانب آخر أن نقوم بتلخيص اضطرابات التواصل التي يمكن أن يتعرض مختلف الأفراد لها في ثلاثة أنواع من الاضطرابات هي اضطرابات الصوت، واضطرابات النطق، واضطرابات اللغة والكلام. وأن كلاً من هذه الاضطرابات الثلاثة يضم عدداً من الأنماط الفرعية المختلفة وهو ما يمكن أن نوضحه كما يلي:

اضطرابات التواصل؛ وتتضمن ما يلي:

1- اضطرابات الصوت ؛ وتتضمن ما يلي:

1 - نغمة .

ب- ارتفاع .

جـ- نوعية وجودة النطق .

2- اضطرابات النطق؛ وتتضمن ما يلي:

أ- الحذف .

ب- الإضافة .

جـ- الإبدال .

د - التشويه .

3- اضطرابات اللغة والكلام (الطلاقة)؛ وتتضمن ما يلي:

أ- اللجلجة.

ب- الثأثأة.

جـ- التهتهة.

د - أخرى.

ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الذين يعدون في حاجة إلى التدخل المبكر بسبب اضطرابات اللغة والتخاطب التي يعانون منها غالباً ما يعانون من إعاقات شديدة أو متعددة. ونظراً لأن لغة الطفل أو قدرته على التواصل لا يمكن عزلها عن باقي جوانب النمو الأخرى فإن لغة الطفل وتفاعلاته الاجتماعية مع والديه أو القائمين على رعايته قد تمت دراستها كعوامل رئيسية يمكن أن تؤدي إلى تلك الاضطرابات. ونتيجة لذلك فإن التدخل المبكر في مجال اللغة يتضمن كل التفاعلات الاجتماعية التي تحدث بين الطفل وبين والديه أو القائمين على رعايته، وأقرانه مع التركيز على التواصل الوظيفي في البيئة الطبيعية للطفل.

وأخيراً فإننا حينما نتحدث عن برامج التدخل الانتقالية أو كما يسميها الكثيرون برامج الانتقال إلى الرشد والتي تهيئ هؤلاء الأفراد إما لمواصلة الدراسة أو للعمل فإننا نجد في واقع الأمر أن أولئك المراهقين أو الراشدين الذين يعانون من اضطرابات اللغة والتخاطب يمكن أن يتم تصنيفهم إلى ثلاث فئات هي :

1- من يقومون بإحالة أنفسهم للعلاج .

2- ذوو المشكلات الصحية الأخرى .

3- ذوو الإعاقات الشديدة أو المتعددة الأخرى .

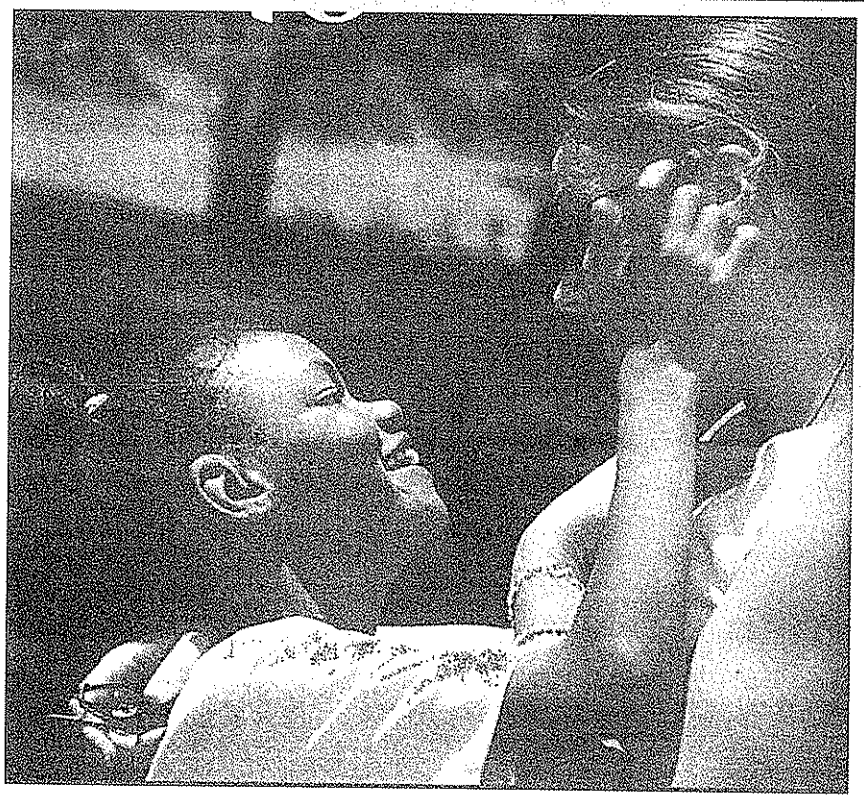
هذا وتركز برامج الانتقال في الوقت الراهن على تقديم وتوفير نفس القدر من التدريب والمساندة التي كان هؤلاء الأفراد يتلقونها خلال سنوات الدراسة، وضمان استمرارها بالنسبة لهم خلال مرحلة الرشد. كما أن هناك تركيزاً أيضاً على مهارات التواصل الوظيفي التي يتم تعليمها في المواقف الطبيعية. كذلك فإن هناك اعتقاداً جازماً بأن اضطرابات اللغة بين الأطفال تعتبر هي أساس مشكلاتهم الأكاديمية ومشكلات التعلم الاجتماعي بالنسبة لهم في السنوات اللاحقة وهو الأمر الذي يتطلب ضرورة التصدي لها منذ وقت مبكر من حياة الفرد حتى لا يستمر أثرها لفترة طويلة في حياته.

الفصل العاشر

10

الأطفال الصم وضعاف السمع

Learners Who Are Deaf Or Hand of Hearing



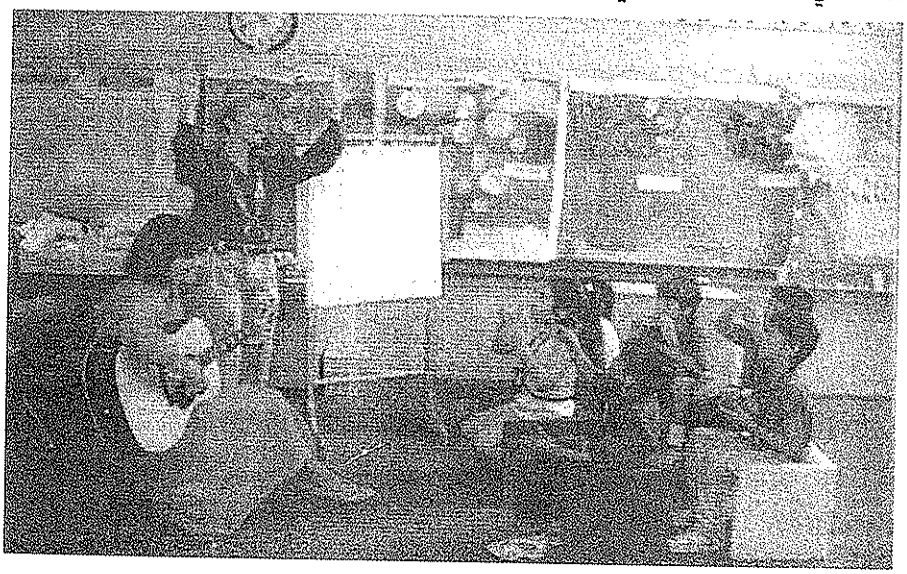
مقدمة:

مما لا شك فيه أن الإنسان يعد بطبعه كائناً اجتماعياً ينشأ في جماعة معينة سواء كانت تلك الجماعة هي جماعة كبيرة أو حتى جماعة فرعية صغيرة، وينتمي إليها، ويتفاعل مع أعضائها بكل أشكال التفاعل الاجتماعي الممكنة، ويتواصل معهم، فيتم على أثر ذلك الأخذ والعطاء بينه وبينهم مما يمكنه من العيش بينهم وفي وسطهم. وتلعب حاسة السمع دوراً هاماً وبارزاً في هذا الصدد حيث تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها الآخرون من حوله، فيشرع في محاكاتها وتقليدها مما يساعده بالتالي على تعلم تلك اللغة السائدة في جماعته فضلاً عن تلك اللهجة التي تميز هذه الجماعة أو تلك فيتمكن على أثر ذلك من التعامل والتفاعل والتواصل معهم إذ ينقل أفكاره إليهم ويستمع إلى أفكارهم وآرائهم وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في تطور سلوكه الاجتماعي وذلك بالشكل الذي يسمح له بالتوافق معهم، كما يساعده من جانب آخر في فهم البيئة المحيطة بما فيها ومن فيها، فيتعرف بالتالي على ما تتضمنه من جوانب إيجابية، وينتفع بها ويطور فيها، ويتعرف كذلك على ما تضمه من مخاطر فيعمل جاهداً على تجنبها، ويتحاشى تلك المواقف التي قد تدفع به إلى مثل هذه المخاطر أو غيرها. وإلى جانب ذلك فإن فهمه للآخرين وفهمه للبيئة المحيطة، ومشاركته في الأنشطة المختلفة، وتطور سلوكه الاجتماعي يمكنه من السيطرة على انفعالاته، والتعبير المناسب عنها وهو الأمر الذي يؤثر بشكل واضح على شخصيته ككل، ويساعده في تحقيق التكيف والتوافق .

ومن هذا المنطلق فإن أي قصور ينتاب حاسة السمع يؤثر بطبيعة الحال على الأداء الوظيفي الخاص بها الذي يتوقف على الحساسية للصوت سواء تمثل ذلك في ضعف السمع حيث تقل تلك الحساسية للصوت أو حتى في فقد السمع حيث تنعدم تماماً، ومن ثم فإنه يترك أثراً سلبياً واضحاً على الفرد وعلى جوانب شخصيته المختلفة بشكل عام عقلياً وانفعالياً واجتماعياً وأكاديمياً ولغوياً وجسمياً وحركياً. كذلك فإنه يجعله في حاجة إلى تعلم طرق وأساليب خاصة أو بديلة للتواصل كي يتغلب جزئياً على تلك الآثار الناجمة، ويصبح أيضاً في حاجة إلى برامج خاصة يتمكن بموجبها من تعلم ما يساعده ولو جزئياً على العيش في جماعته، والإبقاء على قدر مناسب من التفاعل والتواصل معهم يحقق له قدراً معقولاً من التوافق الشخصي والاجتماعي.

تعريف الإعاقة السمعية ومفهومها

من الجدير بالذكر أن الإعاقة السمعية hearing impairment بشكل عام تعكس مستويات متفاوتة من الضعف السمعي، وتتراوح مثل هذه المستويات في الواقع بين الضعف السمعي البسيط والضعف السمعي الشديد جداً أو الصمم وهو الأمر الذي يتوقف بالدرجة الأولى على درجة الحساسية للصوت، كما أنها كظاهرة لا تقتصر من جانب آخر على كبار السن فقط، بل إنها تنتشر كذلك بين الأطفال والمراهقين والراشدين أو الشباب مما يجعلها تعد بمثابة إعاقة نمائية أي أنها تحدث في مرحلة النمو. ويشكل الأفراد المعوقون سمعياً جماعة فرعية أو ثقافية داخل المجتمع، وغالباً ما يودون من الآخرين أن ينظروا إليهم من هذه الزاوية أي على أنهم أعضاء في جماعة ثقافية معينة لها محدداتها، وعاداتها، ولغتها الخاصة بها والتي تتمثل في لغة الإشارة الأمريكية أو غيرها من لغات الإشارة وذلك بحسب موطن هذه الجماعة حيث تختلف لغة الإشارة من بلد إلى أخرى حيث توجد بجانب لغة الإشارة الأمريكيةASL لغة الإشارة البريطانية BSL ولغة الإشارة الأسترالية auslan وغيرها، كما أنها أيضاً تختلف من إقليم إلى آخر أو من ولاية إلى أخرى، وإن كانت مثل هذه الاختلافات في ذات اللغة تعتبر اختلافات طفيفة، ولا تتجاوز ذلك مطلقاً. وتتعدد تعريفات الإعاقة السمعية بناء على ذلك المنظور الذي يتم تناولها من خلاله حيث يشهد الواقع أن هناك بطبيعة الحال أكثر من منظور واحد يمكن أن نعرفها من خلاله كالمنظور الوظيفي، والمنظور الفسيولوجي، والمنظور الطبي، والمنظور التربوي على سبيل المثال.



يود الأفراد الصم أن نعتبرهم أعضاء في جماعة ثقافية لها لغتها الخاصة

وتقاس الحساسية للسمع بالديسيبل decible والذي يعد بمثابة تلك الوحدة التي يقاس بها الارتفاع النسبي للصوت. وتعتبر درجة الصفر على تدريج الديسيبل هي النقطة التي يتمكن الشخص العادي عندها من اكتشاف أضعف الأصوات وسماعها. ويوضح كل رقم متوالي للديسيبل لا يمكن للشخص العادي أن يسمع الأصوات المختلفة عنده درجة معينة من فقد السمع بحيث نجد من وجهة النظر السيكلوجية أن ذلك الشخص الذي يعاني من فقد للسمع تبلغ درجته 90 ديسيبل تقريباً أو أكثر يعتبر أصماً، أما من تقل درجة الفقد السمعي لديه عن ذلك فإنه يعتبر ضعيف السمع.

أما من الناحية التربوية فيتم عادة التركيز على ذلك الكم الذي يحتمل أن يؤثر به فقد السمع على قدرة الطفل على التحدث وتطور اللغة. ونظراً لوجود علاقة سببية قوية بين فقد السمع وتأخر نمو اللغة فإن هؤلاء المختصين يصنفونهم أساساً وفقاً لقدراتهم في اللغة المنطوقة. ويعد فقد السمع في الواقع بمثابة مصطلح عريض يغطي هؤلاء الأفراد الذين تتراوح درجة إعاقتهم السمعية بين فقد السمع البسيط وحتى فقد السمع الحاد، أي أنه يتضمن بذلك الصم وضعاف السمع. وفيما يلي نعرض لبعض التعريفات شائعة الاستخدام من وجهة النظر التربوية لكل من الصم وضعاف السمع:

- أن الشخص الأصم هو ذلك الفرد الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع سواء استخدم في ذلك المعينات السمعية، أو لم يستخدم أياً منها بالمرة.
- يشير بريل وآخرون Brill et.al. (1986) إلى أن الشخص ضعيف السمع هو ذلك الشخص الذي تظل لديه حال استخدام المعينات السمعية بعض بقايا السمع التي تكفي كي تمكنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع.

ومما لا شك فيه أن التربويين يولون اهتماماً كبيراً بذلك السن الذي يبدأ فيه فقد السمع حيث تعد العلاقة القوية بين فقد السمع وتأخر اللغة هي الأساس هنا حيث أنه كلما حدث فقد السمع في وقت مبكر من حياة الطفل كلما واجه درجة أكبر من الصعوبة في نمو وتطور لغة المحيطين به في مجتمع السامعين. ولهذا السبب يستخدم المختصون مصطلحي الصمم الوراثي congenital deafness والصمم المكتسب adventitious كي يشير الأول إلى أن الطفل يولد وهو أصم لا يسمع، أو إلى فقده للسمع في سن مبكرة جداً من حياته، أما الثاني فيشير إلى حدوث الصمم في أي وقت آخر بعد الميلاد. ولذلك فهناك مصطلحان آخران يستخدمان بصفة متكررة، ويوضحان أن اكتساب اللغة يعتبر أمراً حاسماً في هذا الإطار،

ويتمثل أولهما فيما يعرف بالصمم قبل اللغويprelingual ويشير إلى ذلك الصمم الذي يحدث عند الميلاد، أو في وقت مبكر من حياة الطفل وذلك قبل أن تتطور لغته، أو قبل أن يتطور الكلام لديه. أما المصطلح الثاني فهو الصمم بعد اللغوي postlingual ويشير إلى ذلك الصمم الذي يحدث بعد أن تتطور اللغة لدى الطفل أي بعد اكتسابه لها. ويختلف الخبراء كما يشير ميدو- أورلانز (1987) Meadow- Orlans فيما يتعلق بتلك الدرجة التي تفصل بين الصمم قبل اللغوي والصمم بعد اللغوي حيث يعتقد بعضهم أن ذلك ينبغي أن يحدث في حوالي الشهر الثامن عشر من عمر الطفل، بينما يعتقد آخرون أن هذا الأمر يجب أن يكون في سن مبكر عن ذلك بكثير إذ يجب أن يحدث في حوالي الشهر الثاني عشر من عمر الطفل، أو حتى في الشهر السادس عشر.

ويعتبر التصنيف التالي لعتبة السمع من التصنيفات الشائعة في هذا المجال والتي يتم العمل بموجبها، وهو كالتالي :

1- فقد السمع البسيط (26-54 mild ديسيبل).

2- فقد السمع المتوسط (55-96 moderate ديسيبل).

3- فقد السمع الحاد (90 profound ديسيبل فأكثر) .

وتنتشر هذه المستويات الثلاثة للشدة وفقاً للحساسية التي يوليها الفرد لفقد السمع بين التصنيفات العامة للصم وضعاف السمع. أما التصنيفات الأعم فلا تعتمد بشكل مباشر على الحساسية للسمع، ولكن مثل هذه التصنيفات تركز بدلاً من ذلك على تلك الدرجة التي تتأثر بها اللغة والكلام من جانب الفرد بدرجة الفقد السمعي من جانبه.

ويعترض بعض المختصين على اتباع أي من أنساق التصنيفات المتعددة في هذا المضمار بشكل صارم حيث أنه نظراً لأن تلك التعريفات تتعامل مع الأحداث المختلفة التي يعتبر من الصعب قياسها فإن هذه التعريفات بالتالي لن تكون دقيقة. وعلى هذا الأساس يفضل ألا نتسرع في تكوين آراء معينة حول قدرة الفرد على السمع والكلام على أساس الإعاقة السمعية لديه فقط. وإذا ما نظرنا إلى ما يرتبط بالتعريف من أمور مختلفة فإنه يبدو من المهم كما يشير لين وآخرون (1996) .Lane et.al أن نشير إلى وجود شعور متزايد بين الصم على أنه ينبغي ألا يتم النظر إلى الصمم على أنه إعاقة حيث يرون أن الصمم يؤدي بالفرد إلى أن يصبح معوقاً فقط فيما يتعلق باكتساب اللغة المميزة لتلك الثقافة التي ينتمي ذلك الفرد إليها كاللغة الإنجليزية في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال. هذا وقد لاحظ المؤيدون

لوجهة النظر تلك كما يشير أندرسون Anderson (1994) أن الصمم لا يمنع الفرد من تعلم لغة الإشارة. كما أنهم يعترضون فضلاً عن ذلك على استخدام بعض المسميات مثل الصمم قبل اللغوي، والصمم بعد اللغوي لأنها تعتمد على اللغة المنطوقة كأساس في ذلك. أما المناوئون لذلك فيرون أننا بدلاً من أن نعتبر هؤلاء الأفراد الصم معوقين فإننا ينبغي أن ننظر إليهم على أنهم أقلية ثقافية لهم لغتهم الخاصة بهم التي يستخدمونها في سبيل تحقيق التواصل والتي تتمثل في لغة الإشارة رغم أنها قد تختلف إلى حد كبير من قطر إلى آخر.

وسوف نتناول في موضع لاحق من الفصل الحالي بصورة أكثر دقة ما يتعلق بلغة الإشارة كلغة حقيقية إلى جانب طبيعة ثقافة الصم وهدفها. أما الآن فيكفي أن نشير إلى تلك التحديات التي تثار أمام فكرة اعتبار الصمم إعاقة حقيقية حتى يتسنى لنا أن نفهم مثل هذه التحديات وأن ندركها بصورة ملائمة كي نتمكن من مواجهتها .

معدل الانتشار

من الجدير بالذكر أن التقديرات الخاصة بأعداد الأطفال فاقدي السمع تتباين بدرجة كبيرة. كما أن هناك عوامل معينة مثل الفروق التي تتعلق بالتعريف المستخدم، والمجتمع الذي أخذت منه العينات التي تم إجراء الدراسات المختلفة عليها، ومدى دقة وملاءمة الاختبارات المستخدمة تسهم بدرجة كبيرة في تباين تلك الأرقام التي يتم التوصل إليها. وغني عن البيان أن تلك الإحصائيات الموجودة لدى وزارة التربية الأمريكية توضح أن حوالي 0.14% تقريباً من أفراد المجتمع الذين تتراوح أعمارهم بين 6-17سنة يتم اعتبارهم من جانب المدارس العامة التي يلتحقون بها وينتظمون فيها إما صماً أو ضعاف السمع وذلك على الرغم من عدم إصدار الوزارة لتقارير معينة تتضمن أعداداً محددة لهاتين الفئتين وذلك بصورة دقيقة. ويعتقد البعض أن العديد من الأطفال ضعاف السمع الذين يمكنهم أن يستفيدوا من خدمات التربية الخاصة لا يتلقون مثل هذه الخدمات في الأساس.

تشريح وفسيولوجيا الأذن

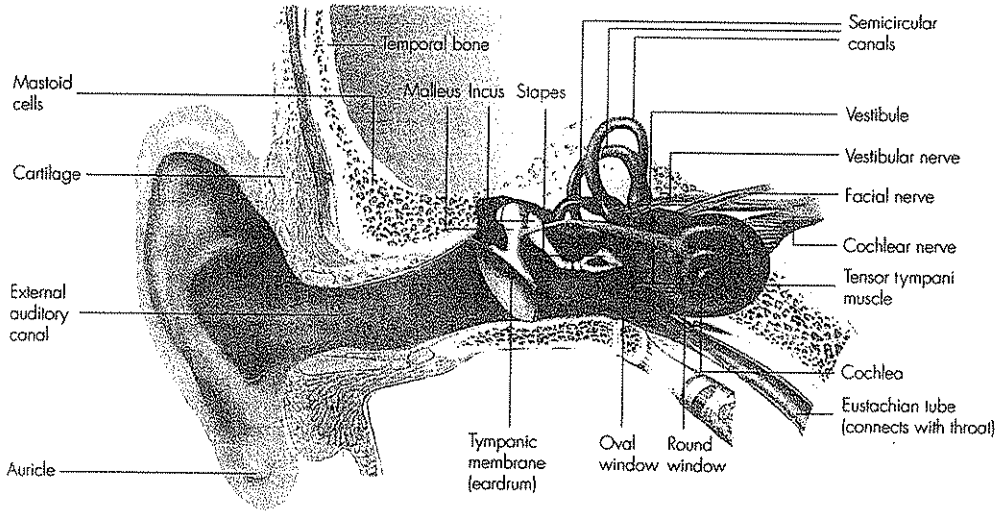
تعد الأذن بمثابة أحد أكثر أعضاء الجسم تعقيداً، وتضم عدداً كبيراً من الأجزاء الصغيرة أو الدقيقة التي تعتبر هي العناصر المؤلفة لها. وتنقسم تلك العناصر المتعددة التي تؤلف ميكانيزم السمع في الواقع إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي :

1- الأذن الخارجية.

2- الأذن الوسطى.

3- الأذن الداخلية.

وتعتبر الأذن الخارجية هي أقل هذه الأقسام الثلاثة تعقيداً، وأقلها أهمية بالنسبة للسمع في حين تعد الأذن الداخلية هي الأكثر تعقيداً، والأكثر أهمية بالنسبة للسمع. ويوضح الشكل التالي هذه الأقسام الثلاثة للأذن.



شكل (10-1) تركيب الأذن

الأذن الخارجية Outer Ear

تتكون الأذن الخارجية من الصيوانauricle والقناة السمعية الخارجية التي تنتهي بطبلة الأذن tympanic membrane, ear drum التي تمثل حداً فاصلاً بين كل من الأذن الخارجية والأذن الوسطى. ويعتبر الصيوان جزءاً من الأذن يوجد على جانبي الرأس على شكل بوق، ويعمل على تجميع الصوت وإرساله عر القناة السمعية الخارجية إلى طبلة الأذن التي تهتز بدورها مع وصول الصوت إليها، وترسل الموجات الصوتية بالتالي إلى الأذن الوسطى. وبذلك فإن الأذن الخارجية تلعب دوراً محدوداً نسبياً في نقل الصوت حيث تقوم كما أوضحنا بنقله إلى الأذن الوسطى أي أنها بناء على ذلك تقوم بتجميع الأصوات وتركيزها، وإرسال الموجات الصوتية إلى الأذن الوسطى.

الأذن الوسطى Middle Ear

تؤلف الأذن الوسطى القسم الثاني من أقسام الأذن، وتصل بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية. وتضم الأذن الوسطى طبلة الأذن، وثلاث عظيمات دقيقة جداً ossicles توجد في وسط فراغ ممتلئ بالهواء، وتلعب دوراً هاماً في عملية السمع، وتسمى:

1- العظم المطرقي أو المطرقة malleus, hammer

2- عظم السندان أو السندان incus, anvil

3- العظم الركابي أو الركاب stapes, stirrup

وتعمل السلسة المؤلفة من هذه العظيمات الثلاث على توصيل اهتزازات طبلة الأذن إلى النافذة البيضاوية oval window التي تربط بين كل من الأذن الوسطى والأذن الداخلية. ومن ثم فإن وظيفة هذه العظيمات الثلاث تتمثل في التحويل الفعال للطاقة من ذلك التجويف المملوء بالهواء والموجود بالأذن الوسطى إلى الأذن الداخلية المليئة بالسائل.

الأذن الداخلية Inner Ear

تصل الأذن الداخلية في حجمها إلى حجم حبة البسلة، وهي عبارة عن ميكانيزم معقد يضم آلاف الأجزاء المتحركة. ونظراً لأن هذا الجزء من الأذن يشبه المتاهة، ويتسم بدرجة عالية من التعقيد فإنه غالباً ما يطلق عليه اسم الدهليز labyrinth . هذا وتنقسم الأذن الداخلية إلى قسمين طبقاً للوظيفة التي يؤديها كل منهما وإن كانا لا يؤديان وظيفتهما بمعزل عن بعضهما البعض. وهذان القسمان هما:

1- التيه أو التيه الدهليزي.

2- قوقعة الأذن أو القوقعة cochlea.

ويوجد الدهليز أو التيه الدهليزي vestibular في الجزء العلوي من الأذن الداخلية، ويعتبر هو المسئول عن الشعور بالتوازن. كما يتسم بحساسيته المتطرفة لبعض الأشياء كالإسراع، وحركة الرأس، ووضع الرأس. ويتم تغذية المخ بالمعلومات التي تتعلق بالحركة عن طريق العصب الدهليزي وهو ما يعرف بالعصب السمعي أو العصب الثامن. ومن ناحية أخرى تعتبر القوقعة هي أهم عضو من أعضاء السمع، وتوجد أسفل الدهليز، وتتألف من تلك الأجزاء التي تعد ضرورية لتحويل الحركة الميكانيكية القادمة إليها من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربية يتم نقلها إلى المخ. فبالنسبة للأذن العادية أو الطبيعية نلاحظ أن الصوت يجعل المطرقة والسندان والركاب بالأذن الوسطى تتحرك، وعندما تتحرك عظمة الركاب فإنها

تدفع النافذة البيضاوية للداخل والخارج مما يجعل السائل الموجود بالقوقعة في الأذن الداخلية يتحرك، وتؤدي حركة هذا السائل بالتالي إلى حدوث سلسلة معقدة من الأحداث في القوقعة مما يؤدي إلى إثارة العصب القوقعي، ومن ثم يتم إرسال نبضات كهربية إلى المخ حيث يتم تفسيرها، فيتم بالتالي سماع الصوت وتمييزه على أثر ذلك.

قياس القدرة على السمع Measurement of Hearing Ability

من الجدير بالذكر أنه توجد في واقع الأمر أربعة أنماط متمايزة للقياس السمعي يمكن في ضوئها تحديد مدى قدرة الفرد على السمع من ناحية، والتعرف على درجة الفقد السمعي من جانبه من ناحية أخرى. وتتمثل هذه الأنماط فيما يلي:

1- اختبارات فرز وتصفية .
2- القياس السمعي لمدى نقاء الصوت pure- tone.
3- القياس السمعي للكلام.
4- اختبارات خاصة بالأطفال الأصغر سناً.

ووفقاً لخصائص المفحوص واستخدام نتائج القياس فإن أخصائي السمع audiologist قد يختار أن يقوم بتطبيق أي عدد من الاختبارات من أي نمط من هذه الأنماط، أو يلجأ إلى توليفة من الفئات الثلاث الأخرى بجانبه.

اختبارات الفرز والتصفية: screening tests

توجد اختبارات فرز وتصفية للأطفال الرضع، واختبارات أخرى للأطفال في سن المدرسة. وقد لجأت أكثر من نصف الولايات بأمريكا في الوقت الراهن إلى إجراء بعض التعديلات في برامج الفرز والتصفية الخاصة بأولئك الأطفال حديثي الولادة. هذا وتتضمن تلك الاختبارات استخدام تكنولوجيا الكمبيوتر، وقياس تلك الأصوات الدقيقة التي تقوم القوقعة بإرسالها حيث من المعروف أن القوقعة لا تقوم باستقبال الأصوات المختلفة فحسب، ولكنها تقوم من جانب آخر بإرسال أصوات منخفضة الحدة عندما تتم إثارتها بمثيرات سمعية مختلفة. ويرى كامبل وديريك (2001) Campbell & Derrick أن تلك الأصوات التي تقوم القوقعة بإرسالها تعرف باسم الأصوات السمعية الأذنية otoacoustic emissions وتعد في ذات الوقت بمثابة مقياس يمكننا من خلاله أن نتعرف على تلك الكيفية التي تؤدي القوقعة وظيفتها بها، وتحديدها.

ومن المعروف أن هناك برامج فرز وتصفية روتينية تتبعها العديد من المدارس وذلك في الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية. وعادة ما يتم تطبيق اختبارات الفرز والتصفية هذه إما

بطريقة فردية أو جماعية. إلا أن هذه الاختبارات وخاصة ما يتم تطبيقها منها بشكل جماعي تتسم بأنها تعد أقل دقة من تلك الاختبارات التي يتم تطبيقها في عيادة أخصائي السمع، أو بمعنى آخر أنها تعد أقل دقة من الاختبارات التي يتم تطبيقها بطريقة فردية. وعندما تكشف مثل هذه الاختبارات عن احتمال وجود مشكلات معينة تتعلق بالسمع لدى بعض الأطفال يتم على الفور تحويلهم إلى العيادة وذلك لإجراء مزيد من التقييم لهم.

القياس السمعي لمدى نقاء الصوت : pure- tone audiometry

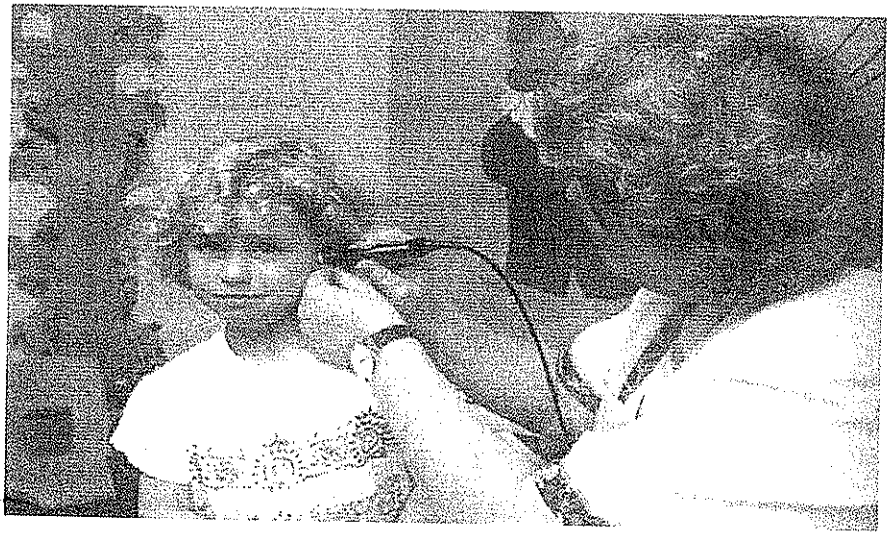
يتم تصميم هذا النمط من أنماط القياس السمعي لتحديد عتبة السمع الخاصة بالفرد وذلك عند مجموعة من الترددات المختلفة علماً بأن التردد يقاس بوحدة الهرتز Hzوهو ما يتعامل مع عدد الذبذبات في الوحدة الزمنية للموجة الصوتية حيث تزداد نغمة الصوت بزيادة الذبذبات، وتقل كلما قلت تلك الذبذبات. أما عتبة السمع بالنسبة للفرد فهي ذلك المستوى الذي يكتشف الفرد الصوت أي يسمعه عنده، وهو بذلك يشير إلى تلك الشدة التي يجب أن يكون الصوت عليها قبل أن يسمعه الفرد أو يكتشفه. وكما أشرنا آنفاً فإن حساسية الفرد للصوت أو مدى شدة ذلك الصوت تقاس بالديسيبل.

ويقوم الأخصائي في سبيل التعرف على مدى نقاء الصوت بتقديم أصوات ذات درات متباينة من الشدة والارتفاع للطفل أي من مستويات مختلفة من ارتفاعها النسبي dB وذلك عند ترددات أو نغمات متباينة Hz . وعادة ما يهتم أخصائي السمع بقياس حساسية الفرد لتلك الأصوات التي تتراوح في شدتها بين صفر ـ 110 ديسيبل. ويمكن لذلك الفرد الذي يتمتع بقدرة عادية على السمع أن يسمع الأصوات عند مستوى صفر ديسيبل وهو ذلك المستوى الذي عادة ما يعرف بأنه المستوى الصفري لعتبة السمع zero hearing- threshold level HTL أو القياس السمعي الصفري audiometric zero. ونظراً لأن مقياس الديسيبل يقوم على النسب فإن كل زيادة مقدارها 10ديسيبل تتضاعف بمقدار عشر مرات في مستوى الصوت، وهذا يعني بطبيعة الحال أن 20 ديسيبل تزيد في شدتها بمقدار مائة مرة عن ذلك الصوت الذي يبلغ في الواقع 10ديسيبل، وأن ذلك الصوت الذي يبلغ 30ديسيبل يزيد بمقدار ألف مرة في شدته عن ذلك الصوت الذي يبلغ 10ديسيبل. ويرى سكيرمر Schirmer(2001) أنه بينما يسجل صوت تطاير ورقة النبات في الريح حوالي صفر ديسيبل فإن معظم أصوات الكلام تتراوح في الواقع بين 20-55 ديسيبل، وأن الصوت الصادر عن جزازة العشب يصل في شدته إلى حوالي مائة ديسيبل. أما الهرتز على الجانب الآخر فإنها عادة ما تقاس من 125هرتز للنغمة المنخفضة إلى ثمانية آلاف هرتز للنغمة العالية. في حين تتراوح تلك الترددات المتضمنة في الكلام من ثمانين إلى ثمانية آلاف هرتز، إلا أن معظم أصوات الكلام في الواقع تتراوح في شدتها بين خمسمائة إلى ألفي هرتز.

ومع قيام أخصائي السمع بفحص كل أذن على حدة فإنه يلجأ إلى العديد من المثيرات الصوتية التي تتراوح في شدتها بين صفر ـ 110 ديسيبل، وبين 125 - 8000 هرتز حتى يحدد مستوى الحدة dB الذي يسمع الفرد عنده الصوت toneوذلك عند عدد من الترددات تتضاعف باستمرار هي 125، 250، 500، 1000، 2000، 4000، 8000 هرتز، ويتم عند كل تردد قياس درجة الفقد السمعي. وإذا ما كان الفرد يفقد السمع بمقدار خمسين ديسيبل عند خمسمائة هرتز على سبيل المثال فإن ذلك يعني أن هذا الفرد بإمكانه أن يكتشف ذلك الصوت الذي يبلغ تردده خمسمائة هرتز عندما يقدم إليه عند مستوى شدة مقداره خمسون ديسيبل وذلك في الوقت الذي يمكن للشخص العادي أن يكتشفه عند مستوى صفر ديسيبل.

القياس السمعي للكلام : speech audiometry

نظراً لأن القدرة على فهم الكلام لها أهميتها الجوهرية فقد تم تصميم أسلوب يسمى بالقياس السمعي للكلام حتى يتم قياس اكتشاف الفرد للكلام وفهمه له. وتعتبر عتبة استقبال الكلام speech reception threshold بمثابة مستوى الحدة dB الذي يمكن للفرد عنده أن يفهم الكلام، أي يسمعه جيداً، ويعيه، ويفهمه. ومن أهم الأساليب التي تستخدم لقياسها استخدام قائمة بكلمات مكونة من مقطعين، ونقوم بفحص كل أذن على حدة، أي نقرأها على الطفل وهو يضع يده على إحدى أذنيه، ثم الأخرى، وهكذا. ويعتبر مستوى الحدة أو الشدة dB الذي يستطيع الفرد عنده أن يفهم نصف هذه الكلمات هو الذي يستخدم عادة كمستوى لعتبة استقبال الكلام من جانب الفرد.



يفيد فحص السمع بالمدرسة في اكتشاف مشكلات السمع البسيطة لدى الأطفال

المقاييس التي تستخدم مع الأطفال الأصغر سناً والأطفال الذين يصعب فحصهم

هناك افتراض أساسي لمدى نقاء الصوت والقياس السمعي للكلام مؤداه أن أولئك الأفراد الذين يتم فحصهم يفهمون ما نتوقعه منهم، ومن ثم فإنهم يجب أن يكونوا قادرين على فهم التعليمات، وأن يوضحوا عن طريق هز الرأس أو رفع الإصبع أو اليد أنهم قد سمعوا الصوت أو الكلمة. ومن ثم فإنه يمكننا أن نستخدم أياً من هذه الإجراءات مع أولئك الأطفال الأصغر سناً وخاصة من تقل أعمارهم عن أربعة أعوام تقريباً، أو مع أولئك الأطفال الذين يعانون في الواقع من إعاقات معينة.

هذا ويستخدم أخصائي قياس السمع عدداً من الأساليب المختلفة لقياس السمع لدى الأطفال الأصغر سناً والأطفال الذي يصعب فحصهم hard- to- test children فيستخدم بعض هؤلاء الأخصائيين على سبيل المثال تلك الاختبارات الخاصة بإصدار الأصوات من القوقعة، في حين يستخدم غيرهم القياس السمعي من خلال اللعب play audiometry حيث يتم ذلك عن طريق اللجوء إلى صيغة تشبه اللعبة يستخدم الأخصائي خلالها الأصوات النقية أو الكلام وذلك لتعليم الطفل أداء مختلف الأنشطة وذلك عند سماعه إشارة معينة. وقد تم اختيار وتصميم تلك الأنشطة بحيث تكون جذابة بالنسبة لأولئك الأطفال الأصغر سناً، فقد نطلب من الطفل على سبيل المثال أن يلتقط أحد المكعبات، أو يمسك بلعبة معينة، أو يفتح كتاباً معيناً. أما بالنسبة لقياس ضغط الهواء على طبلة الأذن tympanometry فيتم وضع شريط ذي طرف مطاطي في الأذن مع قفل قناة الأذن، ثم تقاس آثار الضغط والصوت في سبيل التعرف على الأداء الوظيفي للأذن الوسطى. وفضلاً عن ذلك هناك أسلوب آخر يسمى القياس السمعي للاستجابات المثارة من جذع المخ يتضمن قياس تلك التغيرات التي تنتاب النشاط الموجي بالمخ وذلك باستخدام الرسم الكهربي لاستجابة الفرد للتنبيه السمعيEEG electroencephalograph حيث تؤدي كل الأصوات التي يسمعها الفرد إلى حدوث إشارة كهربية بالمخ. وقد أصبحت هذه الطريقة أكثر شعبية مع تطور الحاسبات المعقدة. هذا ويمكن استخدام القياس السمعي للاستجابات المثارة من جذع المخ أثناء النوم، وعندما يكون الطفل في سكون، وبالتالي لا يعرف أو لا يدرك أنه يتم فحصه.

الأسباب المؤدية للإعاقة السمعية

هناك العديد من الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الإعاقة السمعية سواء تمثل ذلك في فقد السمع أو حتى في ضعف السمع. وهناك آراء تنادي بأن يتم تناول مثل هذه الأسباب وفقاً لذلك الموضع من الجهاز السمعي الذي يمكن أن تؤدي إلى حدوث مشكلة معينة به. وسوف نسير وفق هذا الرأي في تناولنا لتلك الأسباب وذلك على النحو التالي :

فقد السمع التوصيلي، والحس عصبي، والمركب أو المختلط :

يصنف المختصون أسباب الإعاقة السمعية على أساس موضع المشكلة أو مكانها في ميكانيزم السمع أو في الجهاز السمعي. ووفقاً لذلك هناك في واقع الأمر ثلاثة تصنيفات رئيسية لفقد السمع هي:

1- فد السمع التوصيلي .

2- فقد السمع الحس عصبي .

3- فقد السمع المركب أو المختلط.

وهناك من يرى وجود فئة رابعة أو تصنيف رابع إلى جانب هذه التصنيفات الثلاثة هو فقد السمع المركزي. ويشير فقد السمع التوصيلي إلى وجود مشكلات في نقل الصوت على امتداد المسار التوصيلي للأذن الوسطى أو الخارجية، بينما يتضمن فقد السمع الحس عصبي مشكلات في الأذن الداخلية، أما فقد السمع المختلط أو المركب فيشير إلى وجود مشكلات من الفئتين معاً. ويحاول أخصائي قياس السمع أن يحدد موضع اختلال الأداء الوظيفي حتى يتمكن من تحديد نمط فقد السمع الذي تتمثل أول إشارة تتعلق به في تحديد مدى شدته وإن كانت القاعدة العامة ترى أن فقد السمع الذي يزيد عن 60 أو 70 ديسيبل إنما يتضمن بعض مشكلات في الأذن الداخلية. هذا ويستخدم الأخصائي النتائج الخاصة بفحص مدى نقاء الصوت لتحديد موضع فقد السمع وذلك عن طريق تحويل النتائج إلى جهاز قياس السمع audiogram الذي يقوم بدوره بعمل تمثيل بياني لمستوى حدة أضعف صوت يمكن للفرد أن يسمعه وذلك في كل مستوى من مستويات التردد الصوتي المتعددة وهو الأمر الذي يساعد في تحديد نوع فقد السمع.

فقد السمع والأذن الخارجية:

على الرغم من أن المشكلات التي ترتبط بالأذن الخارجية لا تعد بنفس درجة خطورة تلك المشكلات التي تتعلق بالأذن الوسطى أو الداخلية فإن هناك العديد من الحالات التي تتعلق بالأذن الخارجية والتي يمكن لها أن تجعل الفرد ضعيف السمع فقد لا تتكون قناة الأذن الخارجية لدى بعض الأطفال على سبيل المثال وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث حالة تعرف بعدم وجود قناة الأذن atresia، وقد يتعرض الأطفال بجانب ذلك أيضاً إلى التهاب القناة السمعية external otitis وهو ما يطلق البعض عليه أذن السبّاح swimmer`s ear والذي يعد بمثابة عدوى تصيب جلد قناة الأذن الخارجية. كذلك فإن الأورام التي قد تتعرض لها القناة السمعية الخارجية تعد بمثابة مصدر آخر لفقد السمع.

فقد السمع والأذن الوسطى :

بالرغم من أن ذلك الشذوذ الذي قد تتعرض له الأذن الوسطى يعتبر أكثر خطراً من تلك المشكلات التي تلحق بالأذن الخارجية فإنها عادة ما تؤدي بالفرد إلى أن يصبح ضعيف السمع وليس أصماً. ومن الجدير بالذكر أن معظم حالات فقد السمع التي تشهدها الأذن الوسطى تحدث بسبب إعاقة الحركة الميكانيكية للعظيمات الثلاث (المطرقة- السندان- الركاب) بطريقة ما. وعلى العكس من تلك المشكلات التي تتعرض لها الأذن الداخلية فإن معظم حالات فقد السمع التي تشهدها الأذن الوسطى عادة ما يمكن علاجها في الغالب عن طريق التدخل الطبي أو الجراحي، وغالباً ما تكون نتائج ذلك جيدة إلى حد كبير.

ويعتبر التهاب الأذن الوسطى otitis mediaهو أكثر مشكلة تحدث بها، ويعد بمثابة عدوى تصيب ذلك الفراغ الذي يوجد بالأذن الوسطى بسبب عوامل فيروسية، أو بكتيرية، أو عوامل أخرى. ويعد هذا الالتهاب كما يرى سكيرمر Schirmer (2001) هو السبب الأساسي لشكوى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات وهو في الغالب سبب ترددهم على الطبيب. هذا ويرتبط التهاب الأذن الوسطى بالأداء الوظيفي غير الطبيعي لقناة استاكيوس eustachian tube وإذا ما حدث سوء الأداء الوظيفي لقناة استاكيوس بسبب عدوى فيروسية بالجهاز التنفسي على سبيل المثال فإنه لن يكون بمقدورها القيام بوظيفتها في تهوية الأذن الوسطى، وتجفيفها، وحمايتها من العدوى. ويمكن أن يؤدي التهاب الأذن الوسطى إلى حدوث فقد سمع توصيلي مؤقت، وإذا لم يتم علاجه يمكن أن يؤدي إلى حدوث تمزق في الطبلة.

فقد السمع والأذن الداخلية:

يعتبر فقد السمع الذي يرتبط بالأذن الداخلية هو الأكثر حدة من بين أنواع فقد السمع عامة. ويمكن للشخص الذي يعاني من فقد سمع يرتبط بأذنه الوسطى أن يتعرض لمشكلات في حساسيته للسمع إلى جانب مشكلات إضافية أخرى كتشوه الأصوات مثلاً، أو مشكلات التوازن، أو الشعور بالدوار والطنين في الأذن.

ويمكن أن تكون أسباب اضطرابات الأذن الوسطى وراثية أو مكتسبة وإن كانت العوامل الوراثية تعتبر سبباً رئيسياً للصمم بين الأطفال. ويتضمن فقد السمع المكتسب بالأذن الداخلية تلك الحالات التي ترجع إلى الإصابات البكتيرية كالتهاب السحايا meningitis الذي يعد هو ثاني أكثر أسباب الصمم انتشاراً بين الأطفال على سبيل المثال. كما قد يتضمن أيضاً الولادات المبتسرة، والإصابات الفيروسية كالغدة النكفية والحصبة، والاختناق أثناء

الولادة، والعدوى التي تتعرض الأم الحامل لها كالحصبة الألمانية، والزهري، والهربز، والفيروس المضخم للخلايا إلى جانب عوامل أخرى مثل عدم تماثل العامل الريزيسي Rh، وإصابات الدماغ، وبعض الآثار الجانبية لبعض المضادات الحيوية، والمستوى المفرط من الضوضاء.

وهناك حالتان من الحالات السابقة تعدان هما الأكثر انتشاراً فيما يتعلق بحدوث تلك الإعاقة هما الفيروس المضخم للخلايا، والهربز. وقد أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار كما يرى هوتشينسون وساندول (1995) Hutchinson & Sandall عن أن الهربز يحدث بمعدل 1-2% تقريباً للأطفال حديثي الولادة. أما الفيروس المضخم للخلايا على الجانب الآخر فيمكن أن يؤدي إلى العديد من الحالات الأخرى كالتخلف العقلي، والإعاقة البصرية فضلاً عن فقد السمع. وإضافة إلى ذلك فإن التعرض المتكرر أو المستمر لبعض الأشياء مثل الموسيقى الصاخبة، والأعيرة النارية، وأصوات الآلات من شأنه أن يؤدي إلى الفقد التدريجي أو الفجائي للسمع.

بعض الخصائص النفسية والسلوكية المميزة للصم وضعاف السمع

يمكن أن تترتب على فقد السمع آثار حادة على بعض جوانب سلوك الفرد في حين قد تكون هناك آثار ضئيلة على بعض الخصائص الأخرى، كما قد لا توجد أي آثار بالمرة على غيرها من الخصائص. وإذا ما تدبرنا النتائج المحتملة وأمعنا التفكير وذلك إذا ما وجدنا أنفسنا مجبرين على أن نختار بين أن نكون صماً أو مكفوفي البصر فإننا سوف نجد أن هناك نسبة كبيرة من الأفراد سوف يختاروا أن يصبحوا صماً أي أنهم سوف يختاروا الصمم في تلك الحالة ولن يختاروا أن يكونوا مكفوفي البصر، ومن المحتمل أن يرجع ذلك إلى أننا نعتمد على البصر بصفة أساسية في الحركة، وأ معظم الأشياء التي توجد في الطبيعة تعتمد على الإبصار. أما فيما يتعلق بالأداء الوظيفي في مجتمع يستخدم اللغة سواء كان يستخدم اللغة الإنجليزية أو غيرها فسوف نجد من هذا المنطلق أن الشخص الأصم يفتقر إلى تلك الميزة التي توجد لدى قرينه الكفيف حيث يستطيع الكفيف أن يسمع تلك اللغة وأن يتفاعل لغوياً مع غيره من الأفراد.

اللغة وتطور الكلام أو نموه :

يعد فهم اللغة وإصدار الأصوات والكلمات أي جانبا اللغة التعبيري والاستقبالي هما أكثر جوانب نمو الفرد تأثراً بفقد السمع حيث يتأثران سلباً بدرجة كبيرة للغاية من جراء ذلك وهو الأمر الذي يجعل الأفراد المعوقين سمعياً يعانون بشكل عام من قصور في اللغة التي

يستخدمها السامعون في ذلك المجتمع الذي يعيشون فيه. ويعتبر التمييز بينهما أمراً هاماً نظراً لأن المعوقين سمعياً يمكنهم أن يكونوا خبراء في ذلك الشكل اللغوي الذي يستخدمونه أي في تلك اللغة الخاصة بهم لدرجة أن العديد من أولئك الأفراد الذين يستخدمون لغة الإشارة الأمريكية ASL يستخدمون ويفهمون لغة حقيقية. وفضلاً عن ذلك فإن أولئك الأطفال الصم يصلون في نموهم اللغوي وذلك بالنسبة للغة الإشارة إلى نفس المعالم أو المحددات والأحداث الهامة milestones التي يصل إليها أقرانهم غير المعوقين بالنسبة للغة المنطوقة التي يستخدمونها أي أن هناك محددات ومعالم رئيسية معينة يصل إليها الأطفال في نموهم اللغوي سواء استخدموا تلك اللغة العادية التي يستخدمها العاديون أو كانوا صماً واستخدموا بالتالي لغة الإشارة السائدة في مجتمعهم بحيث نجدهم كما يرى لين وآخرون Lane et.al.(1996) على سبيل المثال يكتسبون كلماتهم الأولى في الفترة من 12 ـ 18 شهراً من العمر، ويكتسبون العبارات التي تتألف من كلمتين في الفترة من 18-22 شهراً من عمرهم.

أما فيما يتعلق باللغة المنطوقة التي يتحدث بها السامعون في المجتمع سواء كانت تلك اللغة هي الإنجليزية أو غيرها فإننا نجد في واقع الأمر أن هناك حقيقة لا يمكن لنا أن ننكرها تتمثل في أن أولئك الأفراد الذين يعانون من فقد السمع إنما يواجهون قصوراً واضحاً فيما يتعلق بفهم وإصدار اللغة والكلام واستخدامها. كما أن مدى وضوح الكلام يرتبط من جانب آخر ارتباطاً وثيقاً كما يرى ولك وسكيلدروث Wolk & Schildroth (1986) بدرجة فقد السمع بحيث نجد أن حوالي 75% تقريباً من أولئك الأطفال الذين يعانون من الصمم الحاد يعد كلامهم غير واضح بالمرة في حين نجد أن أقل من 14% تقريباً فقط من أولئك الذين يقل فقد السمع من جانبهم عن المستوى الحاد يكون كلامهم غير واضح أيضاً.

وفضلاً عن ذلك فإنه من الأكثر صعوبة بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الصمم قبل اللغوي أن يتعلموا التحدث باللغة وذلك قياساً بأقرانهم من الأطفال الذين يعانون من الصمم بعد اللغوي إذ أن أولئك الأطفال الذين يتمكنون من سماع أصواتهم وأصوات الراشدين المحيطين بهم وذلك قبل أن يصابوا بالصمم يعدون متميزين عن أقرانهم الذين يولدون صماً. ومن المعروف أن أولئك الأطفال الذين يولدون صماً يبدأون في إصدار الأصوات غير الواضحة أو المناغاة في نفس الوقت الذي يبدأ فيه أقرانهم السامعون القيام بذلك، إلا أن هذه المناغاة تتناقص في حوالي الشهر الثامن من عمرهم، كما تختلف في نوعيتها اختلافاً كبيراً عن أقرانهم السامعين. ومن المعتقد أن مثل هذه الفروق تحدث نظراً لما يلقاه الأطفال السامعون من تعزيز عن طريق سماع تلك المناغاة التي يصدرونها، وسماع

الاستجابات اللفظية للراشدين، أما أولئك الأطفال الذين لا يتمكنون من سماع أنفسهم أو الآخرين فلا يتم حصولهم على أي تعزيز، وهذا صحيح لأن التعزيز هنا يتمثل في سماع ذلك.

ومن ناحية أخرى فإن نقص التغذية الراجعة يعد كذلك سبباً رئيسياً للقصور اللغوي لدى الأطفال الصم حيث أنه عادة ما تعاق عملية تعلم أولئك الأطفال القيام بربط تلك الإحساسات التي يستقبلونها عندما يحركون فكهم، وأفواههم، وألسنتهم مع تلك الأصوات التي يتم إصدارها من جراء مثل هذه الحركات. وإضافة إلى ذلك يمر هؤلاء الأطفال بأوقات عصيبة وهم يسمعون أصوات الراشدين التي يسمعها أقرانهم غير المعوقين ويقومون بتقليدها في ذات الوقت. وكنتيجة لذلك لا يقترب الأطفال الصم من تلك النماذج التي يقدمها الراشدون للغة المنطوقة.

هذا ويعرض الجدول التالي لأمثلة عامة من التأثيرات المتباينة للدرجات المختلفة من فقد السمع على النمو اللغوي وخاصة نمو اللغة الإنجليزية. ونظراً لأن العديد من العوامل تتفاعل لتؤثر على النمو اللغوي للطفل فاقد السمع فإن مثل هذه التأثيرات تصبح بمثابة تقرير عام حول تلك العلاقة التي تنشأ آنذاك.

مستوى السمع	الوصف	التأثير على التواصل
أقل من 10-15 ديسيبل	عادي	لا يوجد أي تأثير سلبي على التواصل.
16- 25 ديسيبل	خفيف	لا يجد الفرد أي صعوبة حال وجوده في البيئات الهادئة في إدراك الصوت، ولكنه يجد صعوبة في البيئات الصاخبة حتى في إدراك الأصوات الخافتة.
26-40 ديسيبل	بسيط	لا يجد الطفل أي صعوبة في التواصل إذا ما كانت تلك البيئة التي تتم فيها المحادثات هادئة وكان موضوع المحادثة معروفاً له وكانت المفردات اللغوية المستخدمة محدودة. أما الكلام الخافت والذي يتحدثه فرد يوجد على مسافة بعيدة نوعاً ما من الفرد فيكون من الصعب عليه أن يسمعه حتى وإن كانت تلك البيئة التي تتم المحادثة فيها هادئة. وعلى هذا الأساس يجد الطفل أنه من الصعب عليه أن يتابع تلك المناقشات التي تتم داخل الفصل.
41-55ديسيبل	متوسط	يمكن للفرد أن يسمع ذلك الكلام الذي تتضمنه المحادثة في حالة ما إذا كان الفرد الذي يتحدث معه يوجد على مسافة قريبة جداً منه فقط. أما الأنشطة الجماعية مثل المناقشات التي تجري داخل الفصل فتمثل تحدياً كبيراً له في سبيل تحقيق التواصل.

70-56 ديسيبل	متوسط إلى شديد	يمكن للفرد أن يسمع الأصوات المرتفعة فقط إلى جانب ذلك الكلام الواضح الذي تتضمنه المحادثة، ومن ثم فهو يجد صعوبة كبيرة في المواقف الجماعية. وغالباً ما تتم إعاقة كلام الفرد بشكل جلي رغم وضوحه.
90-71 ديسيبل	شديد	لا يمكن للفرد أن يسمع ذلك الكلام الذي تتضمنه المحادثة ما لم يكن مرتفعاً. وحتى عندما يكون الكلام رتفعاً فإنه لا يتمكن من إدراك العديد من الكلمات. ومع أنه قد يتمكن من اكتشاف صدور بعض الأصوات فإنه لا يتمكن من تحديدها والتعرف عليها، كما أن كلامه لا يكون واضحاً كلية.
91 ديسيبل فأكثر	حاد	قد يسمع الفرد بعض الأصوات المرتفعة ولكنه لا يتمكن مطلقاً من سماع تلك الأصوات التي تتضمنها المحادثة، وبالتالي يعتبر الإبصار هو الوسيلة الأساسية للتواصل. أما بالنسبة لتلك الكلمات التي يمكن أن تصدر عن ذلك الفرد فإنه لا يكون من السهل مطلقاً أن نفهمها على الرغم مما يكون قد حدث لها أو ما تكون قد شهدته من تطور ونمو.

جدول (10-1) درجات فقد السمع وتأثيرها على التواصل

القدرة العقلية:

تعتبر القدرة العقلية للأطفال الصم موضعاً للجدل وذلك على مر العصور. وقد اعتقد المختصون أن القدرة الإدراكية للأفراد الصم تمثل قصوراً وذلك بسبب القصور في لغتهم المنطوقة. ومع ذلك فنحن ندرك الآن أننا يجب ألا نفترض أن أولئك الأفراد الذين لا يتمكنون من الكلام لكونهم صم لا توجد لديهم في الواقع لغة حيث لا تنمو ولا تتطور، وأعني اللغة التي يستخدمها السامعون المحيطون بهم. ورغم أنه قد لا توجد لديهم لغة منطوقة كاللغة الإنجليزية على سبيل المثال فإنهم عندما يستخدمون لغة الإشارة الأمريكية يستخدمون بذلك لغة حقيقية بقواعدها النحوية، وتراكيبها المختلفة. وسوف نعود إلى هذه النقطة لاحقاً.

ويرى برينز وآخرون Prinz et.al.(1996) أنه يجب عند تطبيق أي اختبار ذكاء على الأفراد الصم أن نضع في اعتبارنا قصورهم في استخدام اللغة. وعلى ذلك تصبح اختبارات الأداء وليس الاختبارات اللفظية إذا ما تم تطبيقها بلغة الإشارة هي التي تقدم لنا تقييماً أكثر

صدقاً عن نسبة ذكاء أي من هؤلاء الأفراد حيث أنه باستخدام مثل هذه الاختبارات لن توجد فروق في نسبة الذكاء بين أولئك الأفراد الصم وأقرانهم السامعين.

التحصيل الأكاديمي:

من المؤسف أن معظم الأطفال الصم يعانون في الواقع من أوجه قصور حادة في تحصيلهم الأكاديمي. وتعتبر القدرة على القراءة هي الأكثر تأثراً بفقد السمع من جانبهم نظراً لأنها تعتمد بشدة على المهارات اللغوية والتي تعد بمثابة أهم جانب من جوانب التحصيل الأكاديمي. وقد أشارت نتائج معظم الدراسات التي أجريت في هذا الجانب كما يرى كونفز (1998) Kunfze إلى وجود صورة قاتمة تتعلق بتحصيل أولئك الأفراد في القراءة. وتشير تلك النتائج إلى أن تطور التحصيل في القراءة لا يتجاوز في معدله ثلث معدل ذلك التطور الذي يحدث بالنسبة للأطفال السامعين حيث أننا غالباً ما نجد فيما يتعلق بذلك أن معدل القراءة الخاص بالطالب الأصم عندما ينهي المدرسة العليا أو الثانوية لا يتجاوز آنذاك في الغالب مستوى الصف الرابع. وحتى في الحساب الذي يعتبر بالنسبة لهم هو أفضل المواد الدراسية فإنهم يتأخرون عن أقرانهم السامعين بمقدار يصل إلى بعض النقاط غير الكثيرة.

هذا وقد أكدت نتائج معظم الدراسات كما يرى بورنشتاين وآخرون (1999)Bornstein et.al. أن الأطفال الصم الذين يولدون لآباء من الصم يرتفع مستوى تحصيلهم في القراءة، وتكون مهاراتهم اللغوية أفضل قياساً بأقرانهم الصم الذين يولدون لآباء يسمعون. ويرى المختصون أن ذلك إنما يرجع إلى التأثير الإيجابي للغة الإشارة حيث يعد من الممكن بالنسبة للآباء الصم أن يتواصلوا بشكل أفضل مع أطفالهم باستخدام لغة الإشارة الأمريكية وأن يقدموا لهم التأييد المطلوب أو الذي يحتاجون إليه. وفضلاً عن ذلك فإنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال الصم الذين يولدون لآباء من الصم أن يكونوا أكثر طلاقة في لغة الإشارة الأمريكية، وأنه يمكن للغة الإشارة هذه أن تساعدهم في تعلم اللغة المكتوبة والقراءة. وعلى الرغم من عدم إجراء عدد كبير من البحوث حول هذا الموضوع فإن هناك من الدراسات كما يشير برينز وآخرون (1996).Prinz et.al ما أسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين استخدام لغة الإشارة الأمريكية والتحصيل الأكاديمي.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من العوامل في البيئة المنزلية ترتبط بارتفاع مستوى التحصيل لدى الطلاب الصم حيث من المحتمل بالنسبة لتلك الأسر التي تقوم بالأمور التالية أن يرتفع مستوى تحصيل أطفالهم الصم. وهذه الأمور هي :

1- أن تكون أكثر انغماساً ومشاركة في تعليم الطفل.

2- أن تسعى في سبيل الحصول على معلومات تتعلق بحالة الطفل حتى تتمكن من توفير الإرشاد اللازم له.

3- أن تتوقع منه مستوى مرتفعاً من التحصيل، وأن تشجعه على تحقيق ذلك.

4- ألا تعمل على إحاطة الطفل بالحماية الزائدة.

5- أن تشترك مع الطفل في مجتمع الصم.

التوافق الاجتماعي:

يعتمد النمو الاجتماعي ونمو الشخصية لدى مجتمع السامعين بشكل كبير على التواصل، ولا يختلف الموقف عن ذلك بالنسبة للأفراد الصم. هذا ويجد الشخص الأصم بعض الصعوبة في وجود أولئك الأفراد الذين قد يتواصل معهم حيث قد يواجه بعض المشكلات في إيجاد الآخرين الذين يمكنه أن يجري المحادثات معهم. وقد أكدت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الإطار كما يشير كامبرا Cambra (1996) وتشارلسون وآخرون Charlson et.al. (1992) على أن العديد من الطلاب الصم يتعرضون لخطر العزلة. وهناك عاملان يعدان على درجة كبيرة من الأهمية فيما يتعلق بالعزلة المحتملة للطلاب الصم هما:

- الضم أو الاحتواء (الدمج) .
- حالة السمع بالنسبة للوالدين .

وقد أوضحت نتائج الدراسات المختلفة في هذا الصدد كما يشير جوستاد وكلوين Gaustad & Kluwin (1992) أن تلك المواقف التي تشهد الضم أو الاحتواء لا تشهد سوى قدر ضئيل من التفاعل بين الأطفال الصم وأقرانهم العاديين أي السامعين. وإضافة إلى ذلك فإن الطلاب الصم يشعرون في مثل هذه المواقف كما يرى ستينسون وويتمير Stinson &Whitmire (1992) بأنهم أكثر أماناً من الناحية الانفعالية إذا ما وجدوا أطفالاً آخرين من الصم يمكنهم أن يتواصلوا معهم. ومع ذلك فإن هذا الأمر لا يكون ممكناً على الدوام بسبب معدل الانتشار المنخفض لفقد السمع. وعلى ذلك يحاول الباحثون كما يشير أنتيا وكريماير Antia & Kreimeyer (1997) اللجوء إلى برامج من شأنها تعليم الأطفال الصم السلوكيات الاجتماعية بشكل مباشر وذل حتى يصبح بإمكانهم التفاعل مع أقرانهم العاديين.

وفي هذا الإطار يعتقد بعض المختصين أن الطفل الأصم لأبوين يسمعان يتعرض لمزيد من المخاطر التي تجعله غير سعيد وذلك قياساً بأقرانه من الأطفال الصم لآباء من الصم حيث لا يصل العديد من الآباء السامعين أو غير الصم إلى درجة الطلاقة في استخدام لغة الإشارة الأمريكية، وبالتالي لا يكون بإمكانهم أن يتواصلوا بسهولة مع أطفالهم الصم. وإذا ما علمنا أن أكثر من 90% تقريباً من الأطفال الصم ينحدرون من آباء يسمعون فإن مثل هذه المشكلة الخاصة بالتواصل تصبح أكثر حرجاً وأكثر حزماً في هذا الميدان. هذا وتعتبر الحاجة إلى التفاعل الاجتماعي ذات أثر كبير في دفع العديد من الأشخاص الصم إلى الارتباط في الأساس مع أشخاص آخرين من الصم. وعلى هذا الأساس إذا ما كان الوالدان من الصم فإن الأطفال الصم عادة ما يتعرضون لأسر أخرى من الصم وذلك منذ سن مبكرة في حياتهم. ومع ذلك فإن العديد من الأشخاص الصم يتوقفون عند وصولهم إلى مرحلة الرشد عن الاستمرار في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو إقامة العلاقات الشخصية مع الآخرين من الصم حتى وإن كان والدوهم من السامعين، وحتى إذا لم يكونوا قد احتكوا أثناء طفولتهم مع العديد من الأطفال الصم الآخرين. ومن المعروف أن هذه الظاهرة للتنشئة الاجتماعية مع الآخرين من الصم يمكن عزوها إلى تأثير ثقافة الصم.

ثقافة الصم:The Deaf Culture

نظر معظم المختصين في الماضي إلى العزلة من جانب العديد من الأفراد الصم عن مجتمع السامعين على أنها إشارة للأمراض الاجتماعية social pathology. أما في الوقت الراهن فإن العديد من المختصين يتفقون مع الكثيرين من الأفراد الصم في الاعتقاد بضرورة أن تكون لهم ثقافة معينة خاصة بالصم، كما أنهم يصورون هذه الثقافة على أنها طبيعة تنبع من الاتفاق المشترك على لغة الإشارة .

ويعتبر توحيد لغة الإشارة هو العامل الأول من بين ستة عوامل لاحظها ريجان Reagan(1990) على أنها تعد بمثابة تمييز لمجتمع الصم على أنه ثقافة حقيقية. وهذه العوامل هي:

1- التمييز اللغوي .

2- الصمم الاتجاهيattitudinal deafness.

3- المعايير السلوكية.

4- الأنماط الزواجية اللحمية endogamous أي التي تتم بين الأقارب.

5- الوعي التاريخي.

6- الشبكات التنظيمية التطوعية.

وفيما يتعلق بالتمييز اللغوي linguistic differentiation فإن معظم المختصين يصورون مجتمع الصم على أنه ثنائي أو مزدوج اللغة bilingual حيث يتضمن العديد من الأفراد الذين يتميزون بدرجات متفاوتة من الطلاقة في لغة الإشارة الأمريكية من ناحية وفي اللغة الإنجليزية من ناحية أخرى. وعادة ما يتنقل الأفراد الصم كما يرى بادين Padden(1996) بين لغة الإشارة الأمريكية واللغة الإنجليزية إضافة إلى التنقل بين ثقافة الصم وثقافة السامعين. ومن ناحية أخرى فإن الصمم الاتجاهي يشير إلى ما يعتقده الفرد حول ذاته أي ما إذا كان يعتقد أنه أصم أم لا، وبالتالي فهو لا يتعلق بمدى حدة السمع. وفي هذا الإطار قد نجد على سبيل المثال أن أحد الأشخاص الذي يعاني من فقد سمع بسيط نسبياً قد ينظر إلى ذاته على أنه أصم وذلك بشكل أكثر ثباتاً قياساً بقرينه الذي يعاني من فقد سمع حاد، أي أن الأمر في هذه الحالة يرتبط بنظرة الفرد إلى ذاته كأصم.

ومن جانب آخر فإن مجتمع الصم له مجموعة من المعايير السلوكية الخاصة به. ومن الأمثلة القليلة الدالة على مثل هذه المعايير وفقاً لدراسة لين وآخرين Lane et.al. (1996) أن الأفراد الصم يقدرون عدم الرسمية informalityوالتواصل الجسدي في تفاعلاتهم مع بعضهم البعض حيث نجد أنهم عادة ما يعانقون بعضهم البعض عندما يلتقون معاً أو عندما يفترقون. كذلك فإن رحيلهم أو غيابهم عن بعضهم البعض غالباً ما يستغرق وقتاً أطول قياساً بما يحدث من جانب أقرانهم في مجتمع السامعين. كما أنه من المحتمل بالنسبة لهم أن يكونوا صرحاء في مناقشاتهم فلا يبدون أي تردد في الدخول مباشرة إلى الموضوع الذي يودون أن يدور التواصل حوله. أما أنماط الزواج اللحمي أي التي تتم بين الأقارب فيتضح من الدراسات المسحية التي تم إجراؤها في هذا الإطار أن الزواج من داخل إطار نفس جماعة الصم تزيد نسبته عن 90% تقريباً، كما أن الزواج المختلط أي الذي يجمع بين شخص من الصم وآخر من غير الصم يعد غير مقبول من جانب مجتمع الصم.

وإلى جانب ذلك فإن مجتمع الصم له تاريخ طويل يضيف إلى وعيه التاريخي بأولئك الأفراد ذوي الأهمية وتلك الأحداث الهامة التي تتعلق بالصم. وغالباً ما نجدهم يراعون رغبات الآخرين الأكبر سناً ويحترمونها، كما أنهم يقدرون الحكمة والمعرفة التي تتعلق بتلك التقاليد الخاصة بالصم. وأخيراً فإن هناك العديد من الشبكات التنظيمية التطوعية التي تختص بمجتمع الصم، ومن أهمها على سبيل المثال ما يلي :

- الجمعية القومية للصم.The National Association of the Deaf

- الألعاب الدولية للصم (أوليمبياد الصم). The World Games for the Deaf (Deaf Olympics)
- المسرح القومي للصم The National Theatre for the Deaf

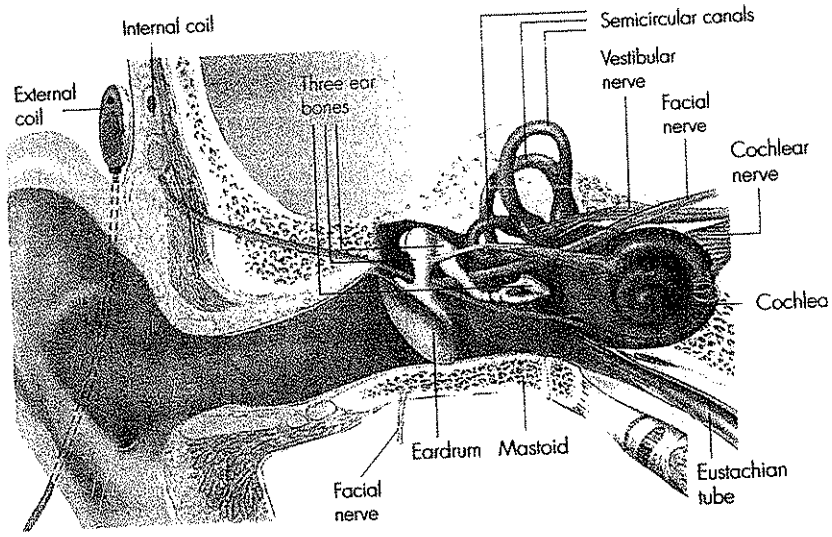
الاهتمام بانحسار ثقافة الصم أو تآكلها:Concern for the Erosion of Dieaf culture يعتقد الكثيرون ممن ينتمون إلى مجتمع الصم وبعض المختصين مثل لين وآخرون Lane et.al. (1996) وجينسيك وموريس Janesick & Moores (1992) وجوستاد وكلوين Gaustad & Kluwin (1992) أن الوضع الثقافي للأطفال الصم يعد في خطر كبير حيث يعتقدون أن زيادة الضم أو الاحتواء من شأنه أن يعمل على تآكل القيم الثقافية لمجتمع الصم. ومن المعروف أن ثقافة الصم كانت تنتقل في الماضي من جيل إلى آخر عن طريق الاحتكاك والتواصل الذي كان يتم في تلك المدارس التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية، إلا أن الأطفال الصم اليوم لا يقومون في واقع الأمر سوى بقدر ضئيل من الاحتكاك والتواصل مع أقرانهم الصم وذلك إذا ما حضروا إلى المدارس المحلية وانتظموا بها. ولذلك يوصي العديد من المختصين في الوقت الراهن بأن تتضمن جميع المدارس المحلية أعضاء من مجتمع الصم وذلك عند إعداد وطوير وتقديم الحصص الدراسية التي تتعلق بتاريخ الصم وثقافتهم لأولئك الأطفال الصم الذين ينتظمون في تلك المدارس المحلية.

ومن الأدلة التي تؤكد على تآكل ثقافة الصم وانحسارها أن أندية الصم قد بدأت في الاضمحلال. وتعتبر أندية الصم deaf clubs بمثابة أماكن يلتقي فيها الأفراد الصم حيث يمكن تنشئتهم فيها، ومشاركتهم في أنشطة وقت الفراغ والترفيه. ولكن مع زيادة معدلات الضم أو الاحتواء، وتنامي شعبية الإنترنت كوسيلة لجمع المعلومات أو الحصول عليها يصبح من المهم أن نفكر في ذلك المصير الذي يحمله المستقبل لأندية الصم.

فعالية الصم والتأكيد على تحقيق الأغراض Deaf Activism: The Gulladet Experience من الجدير بالذكر أن البعض يعتقد أن مجتمع الصم يعد في واقع الأمر في خطر حقيقي يعرضه لضياع هويته، ومع ذلك فإن هذا المجتمع لا يزال فعالاً أو على درجة كبيرة من الفعالية فيما يتعلق بتأييده لمجموعة متنوعة من السياسات الاجتماعية، والتربوية، والطبية والدفاع عنها. هذا وقد شهدت جامعة جالوديتGallaudet مثالاً تاريخياً وبارزاً لفعالية الصم activism في عام 1988 حيث اعترض الطلاب وأعضاء هيئة التدريس بالجامعة على ما قامت به لجنة الاختيار التي اختارت رئيساً لها من السامعين علماً بأنه منذ تأسيس هذه الجامعة عام 1864 لم يتم تعيين أي رئيس لها من الصم. وبعد أن تغيب الطلاب عن الجامعة

لعدة أيام اضطرت إدارة الجامعة أن تخضع لمطالبهم، وتم تعيين رئيساً لها من الصم، كما أعيد تشكيل اللجنة أيضاً بحيث أصبح غالبية أعضائها من الصم.

هذا وقد كان نشطاء الصم عدوانيين في هجومهم على ما اعتبروه ظلماً وجوراً عليهم من الناحيتين التربوية والطبية. ومن الأمثلة التي تؤيد ذلك اختلافهم مع العديد من المختصين ومعارضتهم لذلك الإجراء الطبي المعروف بزرع قوقعة الأذن cochlear implantationوهو الإجراء الذي يتضمن زرع عناصر إلكترونية عن طريق الجراحة تحت الجلد وخلف الأذن حيث يوضع ميكروفون صغير جراحياً خلف أذن الفرد كي يقوم بتجميع الأصوات، ثم يرسلها إلى معالج لغوي يعمل بالكمبيوتر computerized speech processorيتم زرعه أيضاً، ويقوم بدوره بإعادة إشارات مشفرة إلى ملف خارجي external coil يوضع جراحياً خلف الأذن ويقوم بدوره هو الآخر بإرسال تلك الإشارات عبر الجلد للملف الداخلي الذي تتم زراعته أيضاً، ويقوم هذا الملف الداخلي بالتالي بإرسال تلك الإشارات التي تصل إليه إلى الإلكترودات أو الأقطاب الكهربية electrodes التي تتم زراعتها في الأذن الداخلية، والتي تقوم بإرسال تلك الإشارات إلى العصب السمعي كما يتضح من الشكل التالي .



شكل (10-3) زرع قوقعة الأذن

وجدير بالذكر أن إدارة الأغذية والدواء الأمريكية كانت قد وافقت عام1990 على زرع القوقعة للأطفال الأصغر سناً، وتم على أثر ذلك إجراء آلاف العمليات الجراحية من هذا

القبيل سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من دول العالم وخاصة أستراليا. ومع التطور الشديد الذي تشهده التكنولوجيا في هذا الصدد تظل هناك حقيقة أساسية تتمثل في أننا لا يمكن أن نعتبر أن بإمكاننا أن نجري مثل هذه العملية لجميع الأفراد الصم دون استثناء حيث هناك من الأفراد الصم من لا تجدي معه مثل هذه العملية. ولذلك فإنه بوجه عام يوصي بإجراء تلك العملية لأولئك الأفراد الذين يعانون من فقد سمع حسي عصبي يتراوح في مستوى شدته بين الشديد إلى الحاد وذلك في كلتا الأذنين. أما بالنسبة للأطفال فإن الآراء الطبية في هذا الخصوص تتباين بدرجة كبيرة ، ولكنه عادة لا يوصى بإجرائها للأطفال قبل وصولهم الشهر الثامن عشر من العمر(Listening Center at Johns Hopkins, 2001).

وعلى الرغم من أن القائمين على تصنيع مثل هذه الوسائل إضافة إلى غيرهم من المجتمع الطبي بشكل عام ينظرون إلى زراعة القوقعة على أنها معجزة فإن العديد من أعضاء مجتمع الصم قد أبدوا اعتراضاً شديداً عليها ووصفوها بأنها عدوان عليهم وانتهاك لهم من الناحية الجسمية والثقافية. ولكنهم يفضلون بدلاً من ذلك وكما يشير لين (1992)Lane أن يحدث التدخل في إطار الهندسة الوراثية أو البيولوجية حتى لا ينتمي الواحد منهم إلى مجتمع الأقلية بل ينتمي بدلاً من ذلك إلى مجتمع الأغلبية، ولذلك فهم يرفضون أن يتم زرع القوقعة للأطفال الصم حتى وإن أدت الوسائل المستخدمة إلى نتائج جيدة.

وحتى وقت قريب لم يقترب مجتمع الصم من مواجهة هذا الأمر الذي أثاره لينLane والذي يتعلق برفض الجراحة حتى وإن أدت بالطفل إلى أن يسمع بشكل جيد. وعلى الرغم من أن السمع الجيد عن طريق زرع القوقعة لم يصل بعد إلى ما يعرف بحجر الزاوية في هذا الصدد فإن التكنولوجيا الحديثة قد أدت كما يشير سبنسر (2001) Spencer إلى زيادة عدد تلك الحالات التي حدث تحسن ملحوظ للسمع لديها وذلك بدرجة كبيرة نتيجة لهذه العملية. وقد أدت مثل هذه النتائج الإيجابية إلى صعوبة التوصل إلى قرار من جانب الأفراد الصم أو آبائهم حول القيام بزرع القوقعة أو عدم القيام بذلك. ومع هذا فإن النتائج التي تترتب على هذه العملية تتباين بشكل كبير من فرد إلى آخر كما يشير سبنسر (2002) Spencerوبلامي وآخرون (2001) .Blamey et.al حيث أنه بالنسبة للشخص الذي يعاني من الصمم الحاد تتمثل النتيجة الأكثر شيوعاً في حدوث تحسن في مستوى السمع بحيث يتحول من المستوى الحاد إلى المستوى الشديد والذي يتراوح فقد السمع فيه بين 71-90 ديسيبل. وحتى يتمكن الفرد في الواقع من جني تلك الثمار والفوائد التي يمكنه أن يحصل عليها حال تحسن السمع لديه فإنه يحتاج بطبيعة الحال إلى أن يشارك في تعليم شفوي مكثف. وإذا كان البعض

يطلقها صيحة لتحقيق الشفاء، وينظر إليها البعض الآخر بمعزل عن الشفاء، فإن الأمر بالنسبة لفريق ثالث يتمثل في أن ذلك التحسن الذي يمكن أن يطرأ على الفرد يكفي كي يجعله يتحمل إجراء تلك العملية الجراحية اللازمة في هذا الصدد. ولكن هناك من يرى أن هذه العملية لم تبلغ الأهداف التي تجرى من أجلها بمعنى أنها لم تحقق القدر الكافي من التحسن، وبالتالي فإنها لم تحد كثيراً من ثقافة الصم حيث تقع حقيقة هذا الأمر كما يرى إيستربروكس وموريكا Easterbrooks&Mordica (2000) في الوسط بين هذين الأيين أي بين الشفاء وعدم الشفاء.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

يواجه المعلم الذي يعمل مع الطلاب الصم وضعاف السمع في الواقع بكم هائل من المشكلات، وكما نتوقع فإن إحدى أهم هذه المشكلات إنما تتمثل في التواصل. وإذا ما عدنا أدراجنا كما يشير ميدو- أورلانز وآخرون Meadow-Orlans et.al. (1997) إلى القرن السادس عشر حيث كانت تدور المناقشات حول تلك الكيفية التي يجب أن يقوم الأفراد الصم من خلالها بإجراء المحادثات وهو الجدل الذي يشار إليه أحياناً على أنه ذلك الجدل الذي يتعلق بالطريقة الشفوية واليدوية oralism- manualism debate لكي تمثل وجهتي نظر مختلفتين تماماً تقوم إحداهما على تعليم الأفراد الصم الحديث مع الآخرين في حين تؤيد الأخرى استخدام شكل معين من أشكال التواصل اليدوي. وقد كانت الطريقة اليدوية هي الطريقة المفضلة في هذا الصدد حتى منتصف القرن التاسع عشر وذلك حينما بدأت الطريقة الشفوية تسود. أما الآن فإن معظم البرامج التربوية التي يتم اللجوء إليها إنما تتضمن خليطاً من كلتا الطريقتين وهو ما يشار إليه على أنه أسلوب التواصل الكلي total communication approach ومع ذلك فإن هناك العديد من الأفراد داخل مجتمع الصم يعتقدون أن أسلوب التواصل الكلي غير ملائم، وبالتالي فإنهم ينادون باستخدام أسلوب الازدواج الثقافي- الثنائية اللغوية bicultural- bilingual approach الذي يدعم استخدام لغة الإشارة الأمريكية كلغة أولى، وتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية مع الاهتمام بتعليمهم ثقافة الصم. ولذلك فسوف نناقش أولاً الأساليب والفنيات الأساسية التي تمثل المدخل الشفوي والجزء الشفوي من مدخل التواصل الكلي، ثم ننتقل إلى التواصل الكلي، يليه مناقشة عن مدخل الازدواج الثقافي- الثنائية اللغوية.

الطريقة الشفوية : الطريقة السمعية اللفظية وقراءة الحديث

تمثل هذه الطريقة الشفوية أول وأقدم الطرق أو الأساليب التي تم استخدامها مع الأفراد

الصم ومن جانبهم وذلك في سبيل تحقيق التواصل. وهناك في واقع الأمر العديد من العناصر التي يمكن أن تدخل في إطار هذه الطريقة أو ذلك الأسلوب والتي يجب أن نهتم بها عند تعليم أولئك الأفراد أن يقوموا بالتواصل من خلالها وعن طريقها وذلك كالتالي :

الطريقة السمعية اللفظية

غالباً ما يشار إلى تلك الأساليب التي تندرج تحت الفئة العامة المسماة بالطريقة الشفوية على أنها الطريقة السمعية اللفظية وهي تلك الطريقة التي تركز على التأهيل السمعي والتدريب على الكلام بالنسبة للأفراد الصم.

التأهيل السمعي **Auditory habilitation**

يركز هذا الأسلوب على تشجيع الأطفال على استغلال ما لديهم من سمع. وهناك العديد من المبادئ التي يستند إليها المؤيدون لهذا الأسلوب كما يرى ستون (1997) Stone يمكن أن نجملها فيما يلي:

1- أن معظم الأطفال الذين يعانون من فقد السمع لديهم سمع متبقي يكفي كي يستفيدوا من استخدامهم له.

2- أن التكنولوجيا التي تقوم على تضخيم الصوت مثل سماعات الأذن وزرع القوقعة قد شهدت تطوراً كبيراً إلى الحد الذي يجعلنا نتوقع أن كل طفل فقد سمعه يمكنه أن يسمع ذلك الكلام الذي تتضمنه المحادثات المختلفة.

3- أننا مهما بدأنا في التدريب على استخدام إجراءات تكبير الصوت في وقت مبكر من عمر الطفل فإن ذلك لن يعتبر مبكراً مطلقاً، وبالتالي لا يمكننا أن نقول أننا قد بدأنا مبكراً وكان يجب أن ننتظر إلى ما بعد ذلك حيث أنه إذا ما حدث ذلك وانتظر الطفل على أثره وتأخر في هذا التدريب سيكون من الصعب أن نحصل على نتائج جيدة في هذا الخصوص.

4- أن الوالدين يمثلان جانباً حاسماً من خطة العلاج التي يتم تقديمها لطفلهما حيث سيقومان بتقديم النماذج اللغوية المناسبة له.

التدريب على الكلام **Speech training**

نظراً لأن أولئك الأطفال الذين يعانون من فقد السمع يواجهون العديد من المشكلات المختلفة التي تتعلق بسماعهم لما قد ينطقون به من كلمات، أو ما يصدر عن الآخرين من

كلمات أو أصوات. وغالباً ما نجدهم لا يسمعون الكلام المنطوق إلا بشكل مشوه، وبالتالي يجب أن يتم تعليمهم كيفية النطق بالأصوات والكلام. ونظراً لعدم قدرتهم على سماع نموذج ملائم للكلام كي يقوموا بتقليده فإننا يجب أن نعمل كما يشير سكيرمر Schirmer (2001) على تعليمهم الأصوات الكلامية. وفضلاً عن تلك الصعوبات التي تواجههم في نطق الأصوات بطريقة صحيحة فإن هناك مشكلات أخرى تواجههم ترتبط بعدم قدرتهم على ضبط معدل ارتفاع الصوت، ونغمته، ونوعيته أو جودته.

قراءة الكلام Speech reading

أحياناً يطلق البعض على هذا الأسلوب تسمية خاطئة هي قراءة الشفاه lip reading. أما قراءة الكلام فتتضمن تعليم الأطفال المعوقين سمعياً استخدام واستغلال المعلومات البصرية في سبيل فهم ما يقال لهم أو ما يوجه إليهم من كلمات. ويعتبر مصطلح قراءة الكلام أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه لأنه يهدف إلى تعليم الأطفال أن ينتبهوا إلى مجموعة متنوعة من المثيرات إلى جانب حركات محددة للشفتين في ذات الوقت. وهنا نجد على سبيل المثال أن من يتمكنون بمهارة من قراءة الحديث أو الكلام يكون بإمكانهم أن يقوموا بقراءة المثيرات المختلفة التي ترتبط بسياق معين، وبالتالي فإنهم يتوقعون حدوث أنماط معينة من الرسائل في أنواع معينة من المواقف. ومن جانب آخر فإنهم يتمكنون من استخدام التعبيرات الوجهية كي تمكنهم من تفسير ما يقال لهم. وإذا كان بإمكانهم أن يقوموا كذلك بتمييز الأصوات المختلفة فإن القدرة على تمييز الأصوات الكلامية المختلفة التي تنساب من فم المتحدث تتضمن الانتباه إلى الإشارات البصرية من اللسان والفك إلى جانب الشفتين. ولكي يتعلم الفرد على سبيل المثال أن يقوم بالتمييز بين الحروف المتحركة من خلال قراءة الكلام فإن عليه أن يركز على تلك الإشارات التي ترتبط بدرجة فتح الفك وتشكيل الشفاه.

الكلام القائم على الإشارات Cued speech

هو طريقة تعمل على تيسير حدوث قراءة الكلام وزيادتها حيث يستخدم الفرد أشكالاً يدوية لتمثل أصواتاً معينة أثناء الكلام. وهناك ثمانية أشكال يدوية تعد بمثابة إشارات لحروف ساكنة معينة، وأربعة أشكال تعد بمثابة إشارات حروف متحركة. وكما سنوضح فإن هناك بعض الأصوات التي تبدو حركة الشفاه متشابهة بالنسبة لها، وبالتالي فقد تم تصميم هذه الإشارات كي تساعد الفرد أثناء قيامه بقراءة الكلام على أن يقوم بالتمييز بين هذه الأصوات. ورغم وجود المؤيدين لهذا الأسلوب فإنه لا يستخدم على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية.

النقد الموجه للطريقة الشفوية

يرى لين وآخرون Lane et.al. (1996) وبادين وهومفريز(1988)-Padden & Hum phries أن العديد من المختصين قد وجهوا كثيراً من النقد إلى استخدام الطريقة الشفوية على نطاق واسع مع أولئك الطلاب المعوقين سمعياً. وقد اعترض هؤلاء المختصون على وجه الخصوص على عدم التأكيد على لغة الإشارة في هذه الطريقة وخاصة بالنسبة للأطفال الصم. ويؤكد هؤلاء النقاد على أنه من غير المعقول أن نفترض بالنسبة للعديد من الأطفال الذين يعانون من فقد سمع شديد أو حاد أن تكون لديهم بقايا سمع تكفيهم كي يقوموا باستغلالها. كذلك فإن عدم السماح لأولئك الأطفال باستخدام لغة الإشارة الأمريكية نتيجة عدم تعليمهم إياها يعني عدم السماح لهم باستخدام لغة معينة يتمكنون بمقتضاها من التواصل مع الآخرين، وهو الأمر الذي يتطلب بعض الاهتمام من جانبنا.

ويشير من ينتقدون هذه الطريقة إلى أن قراءة الكلام تعد أمراً صعباً للغاية، وأن من يتمكنون من إجادتها يعتبرون قلة نادرة حيث هناك العديد من العوامل التي تجعل قراءة الحديث أمراً صعباً إذ نجد على سبيل المثال أن المتحدثين ينطقون بالعديد من الأصوات بحركات فمية أقل وضوحاً، كذلك فإن اللغة الإنجليزية تتضمن العديد من الأصوات المختلفة التي تبدو متشابهة للناظرين وذلك عند النطق بها، وبالتالي يصعب التمييز بين نطق (p) و (b) و (m). كما يوجد هناك تباين بين المتحدثين في كيفية نطقهم للأصوات المختلفة. وفضلاً عن ذلك هناك عوامل أخرى من شأنها أن تؤثر سلباً على قراءة الكلام كالإضاءة غير الجيدة، والتحدث بسرعة، وتحريك الرأس في اتجاهات مختلفة أثناء الكلام، ووجود حائل بين المتحدث والفرد الأصم إلى غير ذلك من العوامل.

التواصل الكلي

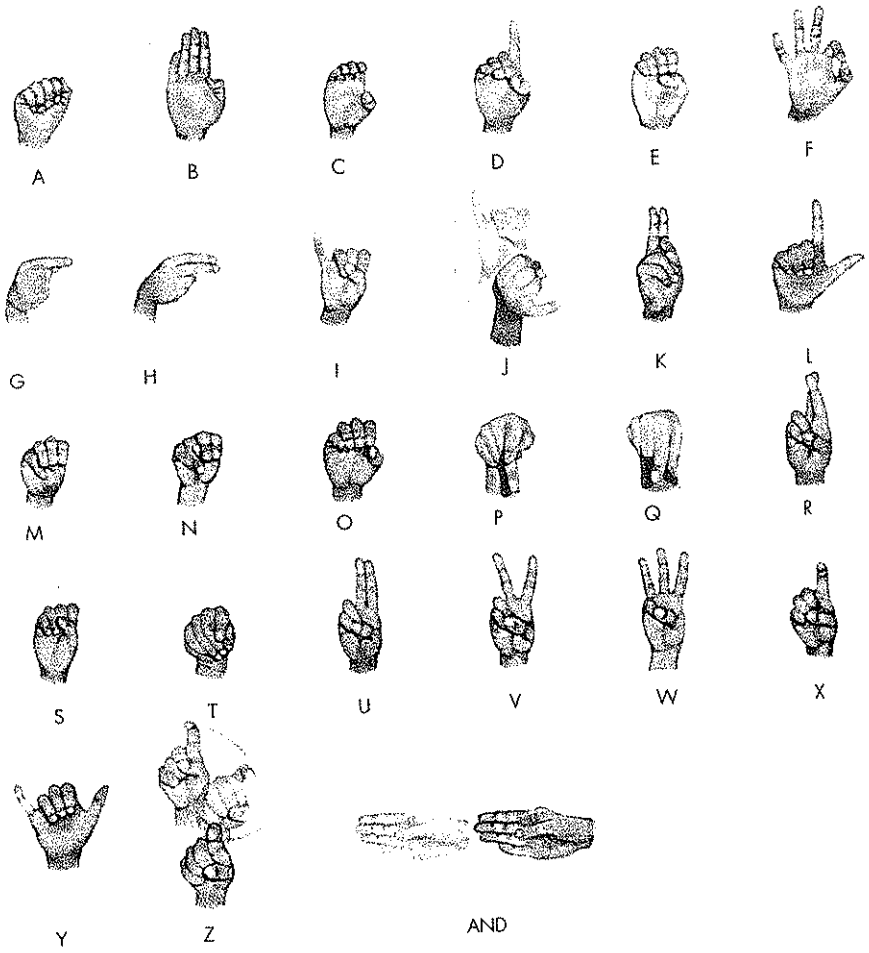
من الملاحظ أن معظم المدارس تعمل اليوم بنظام التواصل الكلي والذي يجمع في طياته بين كل من الطريقة الشفوية والطريقة اليدوية. وقد شهد عقد السبعينيات من القرن الماضي الانتقال من الاستخدام الموسع للطريقة الشفوية في تعليم الأفراد الصم إلى طريقة التواصل الكلي. ويرجع ذلك في الأساس إلى أن الباحثين قد وجدوا أن الأطفال الصم يؤدون بدرجة أفضل من الناحيتين الأكاديمية والاجتماعية إذا كان آباؤهم من الصم، أما إذا لم يكن آباؤهم كذلك فإنهم يقلون كثيراً عن هذا المستوى. وقد قام الباحثون بعزو مثل هذه الفروق إلى زيادة احتمال استخدامهم للغة الإشارة في نطاق الأسرة نظراً لكونهم جميعاً من الصم.

هذا ويتضمن التواصل الكلي الاستخدام التلقائي للكلام من خلال أحد أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية signing English system ويشير مصطلح التمثيل الإشاري للغة

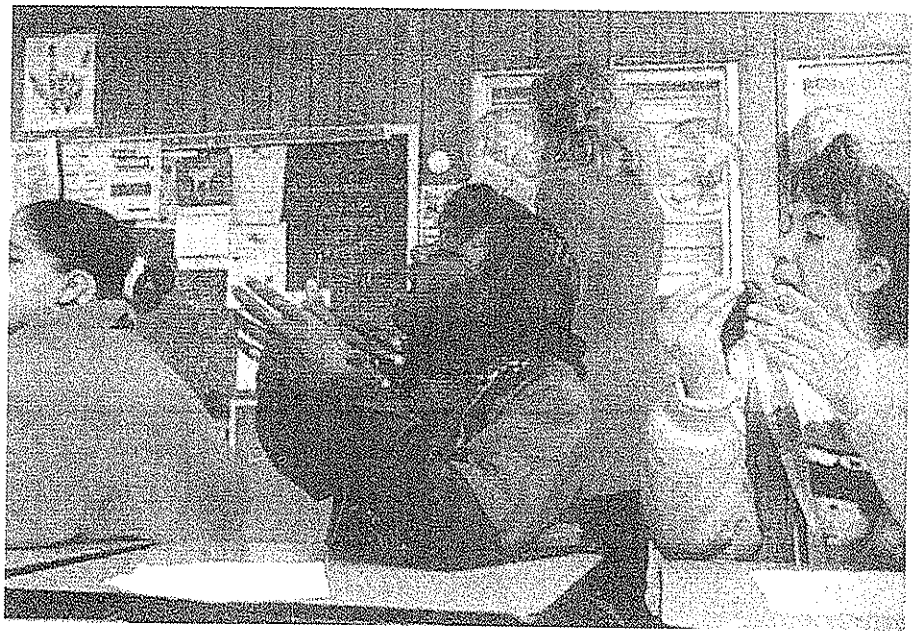
الإنجليزية إلى تلك المداخل أو الطرق التي قام المختصون بابتكارها في سبيل مساعدة الأفراد الصم على تعلم التواصل. وهناك العديد من هذه الأنساق كما يرى لوتك- ستالمان وملبورن Luetke- Stahlman & Milburn (1996) منها ما يلي:

- الإشارات الصحيحة للغة الإنجليزية. Signing Exact English
- اللغة الإنجليزية القائمة على الإشارات. Signed English
- رؤية اللغة الإنجليزية الأساسية. Seeing Essential English

كذلك فإن الهجاء الإصبعي finger spelling والذي يعد بمثابة تمثيل للحروف المتضمنة في الأبجدية الإنجليزية باستخدام أوضاع مختلفة للأصابع يستخدم أحياناً لهجاء كلمات معينة كما يلي:



الحروف الأبجدية وفقاً لطريقة الهجاء الإصبعي



تجمع طريقة التواصل الكلي بين الطريقتين الشفوية واليدوية

وعلى الرغم من ذلك فقد تنامى الشعور بعدم الرضا عن طريقة التواصل الكلي لدى بعض المختصين، ولدى الكثيرين داخل مجتمع الصم ذاته. ويتركز محور نقدهم لتلك الطريقة على استخدام أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية بدلاً من استخدام لغة الإشارة الأمريكية. ومن المعروف أن مثل هذه الأنساق على العكس من لغة الإشارة الأمريكية تحتفظ بنفس ترتيب الكلمات كما هو الحال في اللغة الإنجليزية المنطوقة مما يعمل على تسهيل قيام الفرد بالكلام والإشارة في ذات الوقت. أما من يدافعون عن تلك الأنساق فيرون أن التطابق في ترتيب الكلمات بين أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية وبين اللغة الإنجليزية ذاتها يساعد الطلاب الصم على تعلم اللغة الإنجليزية بشكل أفضل. بينما يؤكد المؤيدون للغة الإشارة الأمريكية أن استخدام أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية يعد بطيئاً للغاية، ويسبب الكثير من الارتباك مما يقلل من فائدتها في تعلم اللغة الإنجليزية. كما أنهم يرون أيضاً أن ترتيب الكلمات ليس هو العنصر الحاسم في تعليم الفرد استخدام اللغة الإنجليزية وفهمها.

هذا ويعتقد المؤيدون للغة الإشارة الأمريكية أن الطلاقة في لغة الإشارة الأمريكية تزود الطلاب الصم بخلفية غنية بالمعلومات التي تؤهلهم لتعلم اللغة الإنجليزية. وعلاوة على ذلك فإنهم يؤكدون على أن لغة الإشارة الأمريكية تعد بمثابة اللغة الطبيعية للأفراد الصم، ومن ثم

ينبغي أن نقوم بتشجيع استخدامها والاهتمام بها نظراً لأنها هي الطريقة الطبيعية والأكثر كفاءة بالنسبة للطلاب في تعلم مختلف الأمور حول العالم. أما أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية على الجانب الآخر فلا تعد لغات حقيقية بينما تعتبر لغة الإشارة الأمريكية لغة حقيقية لها قواعدها النحوية، وتراكيبها المختلفة. وإذا كانت أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية قد ابتكرها فرد ما أو مجموعة من الأفراد في فترة زمنية قصيرة فإن لغات الإشارة الحقيقية كلغة الإشارة الأمريكية على سبيل المثال تنتقل عبر أجيال عديدة من الأفاد الصم الذين يقومون باستخدامها. وإلى جانب ذلك فإن أولئك النقاد الذين يوجهون النقد للطريقة الكلية في التواصل يؤيدون مدخل الازدواج الثقافي- الثنائية اللغوية.

مدخل الازدواج الثقافي - الثنائية اللغوية The Bicultural- bilingual approach

على الرغم من وجود العديد من الأشكال المتباينة للتواصل التي تنتمي إلى مدخل الازدواج الثقافي - الثنائية اللغوية فإنها في غالبيتها تتضمن كما يرى سكيرمر(2001)Schirmer ثلاث سمات أساسية كالتالي:

1- أن لغة الإشارة الأمريكية تعد هي اللغة الأولى بينما تعد اللغة الإنجليزية لغة ثانية فيها.

2- أن الأفراد الصم يلعبون دوراً هاماً في تطوير البرنامج المستخدم والمنهج المرتبط به.

3- أن المنهج المتبع يقوم على تعليم ثقافة الصم.

كذلك يشير دراسجو (1993) Drasgow إلى أن هناك نموذجين عامين للتعليم مزدوج اللغة الذي يتم تقديمه للطلاب الصم يركز أحدهما على السماح للأطفال باكتساب لغة الإشارة الأمريكية بشكل طبيعي من المعلمين الصم، بينما يركز الآخر على أن يكون الأطفال مزدوجي اللغة قبل أن يتم تعليمهم اللغة الإنجليزية بصورة رسمية. ويقوم هذا المدخل على تلك الفكرة التي ترى أنه سوف يكون من السهل على الأطفال تعلم اللغة الإنجليزية إذا ما كان لديهم في البداية أساس صلب للغة الإشارة الأمريكية. ولا يرى مؤيدو النموذج الثاني أي ميزة لتعليم إحدى اللغتين قبل الأخرى، ولكنهم بدلاً من ذلك يؤكدون على تعرض الطفل لكلتيهما أي للغة الإشارة الأمريكية وللغة الإنجليزية وذلك منذ وقت مبكر في حياة الطفل، وكلما كان ذلك أكثر بكوراً كانت النتائج أفضل طالما أنه يتم استخدام كلتا اللغتين بشكل ثابت في سياقات مستقلة أو من جانب أفراد مختلفين كأن يتم على سبيل المثال استخدام لغة الإشارة الأمريكية في بعض المواد الدراسية بينما تستخدم اللغة الإنجليزية في مواد دراسية أخرى، أو أن يتم استخدام لغة الإشارة الأمريكية من جانب أحد المعلمين ويقوم معلم آخر باستخدام اللغة الإنجليزية.

هذا وتدعم النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد رأي أولئك المؤيدين لاستخدام لغة الإشارة الأمريكية في تعليم الطلاب الصم حيث كشفت كما يشير سترونج وبرينز (1997) Strong & Prinz وبرينز وآخرون (1996).Prinz et.al عن وجود علاقة بين استخدام لغة الإشارة الأمريكية وبين التحصيل الأكاديمي في اللغة الإنجليزية أي أن أولئك الطلاب الذين تعلموا لغة الإشارة الأمريكية في سن مبكرة كانت مهاراتهم في اللغة الإنجليزية أفضل من أقرانهم الآخرين بغض النظر عما إذا كان آباؤهم من الصم أو من غير الصم أي السامعين.

وعلى الرغم من أن تلك الدراسات التي تتناول بشكل مباشر مدى فعالية البرامج التي تقوم على الازدواج الثقافي ـ الثنائية اللغوية لا تزال في مراحلها الأولى فإنها قد أسفرت كما يرى أندروز وآخرون (1997) Andrews et.al. عن فعالية مثل هذه البرامج في هذا الصدد. ومع ذلك فمن الأفضل أن نقرر في ضوء ما تسفر عنه الرؤية التاريخية في هذا المضمار أنه لا توجد هناك طريقة واحدة مضمونة النجاح وبعيدة عن الفشل أو بمعزل عنه يمكن أن نقوم عن طريقها بتعليم الأطفال الصم على الرغم من أن تاريخ تعليم الصم يشهد بوجود أساليب متعددة كانت هي الحل التربوي في حينها فقد اعتبرت طريقة التواصل الكلي هي الحل الأمثل خلال عقدي الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي، بينما كان الحل في عقدي الثمانينيات والتسعينيات من ذات القرن متمثلاً في التربية مزدوجة اللغة. ومع زيادة عمليات زرع قوقعة الأذن ازداد استخدام الطريقة الشفوية أو اللفظية السمعية في تعليم الأطفال الصم. ومع هذا فإن تعدد المداخل المستخدمة في سبيل تعليم الأفراد الصم يمكن أن يلبي احتياجات مدى كبير من هؤلاء الأفراد.

نماذج تقديم الخدمة

يمكن أن يوجد الأطفال الصم وضعاف السمع في مواقف تتراوح بين فصول التعليم العام إلى المعاهد التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية. وبدءاً من منتصف سبعينيات القرن الماضي ازداد عدد هؤلاء الطلاب الذين انتظموا في المدارس المحليةً وذلك في فصول مستقلة أو تامة في ذاتها، أو في غرف المصادر، أو في الفصول العادية. أما في الوقت الراهن فإن أكثر من 80% تقريباً من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 6-21 سنة وفقاً للتقارير الصادرة عن وزارة التربية الأمريكية (2000) ينتظمون في فصول بالمدارس المحلية، وأن حوالي 39% منهم يقضون غالبية وقتهم في فصول عادية بمدارس التعليم العام. وعلى الرغم من أن الطلاب الصم يتم ضمهم أو احتواؤهم بمدارس التعليم العام في الوقت الراهن فإنهم لا يزالون يتلقون الخدمات في مدارس التربية الخاصة أو في تلك المواقف التي تعتمد على

الإقامة الداخلية وذلك بشكل يفوق ما يحدث مع أي فئة أخرى من فئات الإعاقة حيث يحصل حوالي 70% منهم على تلك الخدمات في مدارس التربية الخاصة بينما يحصل حوالي90% منهم على تلك الخدمات في المدارس التي تعتمد على الإقامة الداخلية. ومن ثم فإن تسكين أولئك الطلاب يتباين بشكل كبير كما يرى هولدين- وبيت (1997) Holden- Pittوفقاً لما يلي:

1- حدة فقد السمع من جانبهم حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة للطلاب الذين يعانون من فقد السمع الأكثر شدة أن يكونوا في مدارس تعتمد على نظام الإقامة الداخلية.

2- مستوى سمع الوالدين حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال لآباء من الصم أن يتم تسكينهم في تلك المدارس التي تعتمد على الإقامة الداخلية.

3- سن الطلاب أي عمرهم الزمني حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة للطلاب الأكبر سناً أن يتم تسكينهم في المدارس التي تعتمد على نظام الإقامة الداخلية.

وجدير بالذكر أن العديد من الأعضاء بمجتمع الصم كما يشير سيجل (2000) Siegel قد وجهوا النقد إلى درجة الدمج أو الضم والاحتواء التي يخبرها هؤلاء الطلاب حيث يرون أن المدارس الداخلية- وإلى حد كبير المدارس النهارية- لها تأثير كبير في تطور مفهوم رعاية الصم واستخدام لغة الإشارة الأمريكية. وإلى جانب ذلك فهميعتقدون أن الضم أو الاحتواء يجبر الطلاب الصم على فقد هوية الصم ويضعهم بالتالي في بيئة السامعين والمتحدثين التي يعتبر من المستحيل بالنسبة لهم أن يحققوا النجاح فيها. وعلى وجه الخصوص يشير من ينتقدون الضم أو الاحتواء إلى أنه عندما يتم تسكين الطالب الأصم مع أقرانه غير الصم فإنه سيكون بناء على ذلك هو الطالب الوحيد الأصم بالفصل. ومن المعروف أن هذا الوضع يؤدي به إلى الافتقار لما يعرف بالكتلة الحرجة critical mass من الطلاب الصم وهو الأمر الذي يؤدي بدوره إلى مشكلتين متداخلتين هما:

1- قلة عدد الأقران الذين يمكن للطالب الأصم أن يتواصل معهم.

2- التعرض لدرجة عالية من العزلة الاجتماعية.

ويرى البعض أن الهدف من توفير الحد الأقصى من الفرص لتحقيق التواصل يجب أن يكون هو القوة الدافعة إلى تعليم الطلاب الصم حيث يرى سيجل (2000) Siegel أن الوقت الراهن ينبغي أن يمثل عصراً تربوياً جديداً للصم وضعاف السمع، وأنه يجب أن يهتم بالتواصل بحيث يكون هو الأهم وهو نقطة البداية في أي برنامج تربوي حيث يجب أن يعمل أي برنامج على توفير الأساس الإدراكي لهذا المفهوم والهدف، وأن يوفر الإجراءات الرسمية

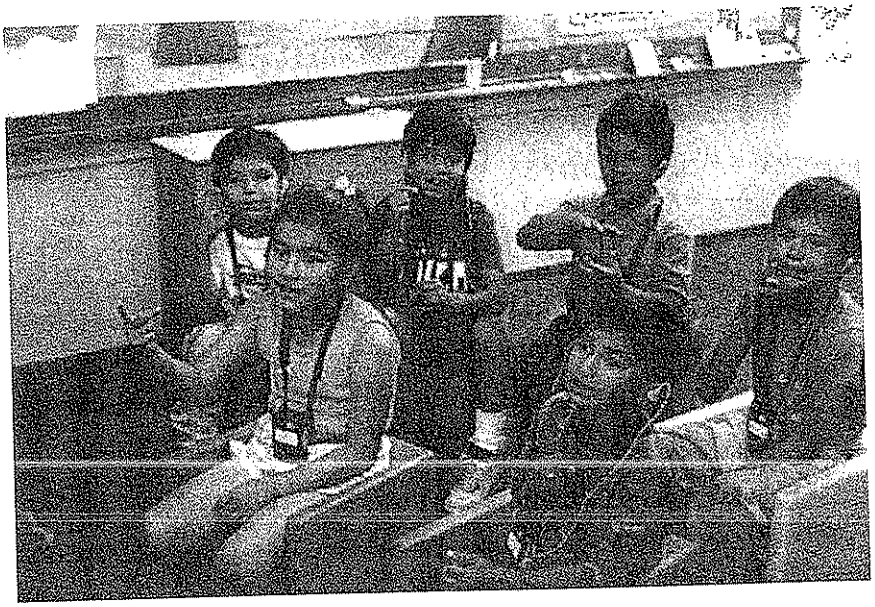
لتنفيذ البرنامج، وتحقيق ذلك الهدف بحيث يكون النسق العام مدفوعاً بتحقيق التواصل، ومدفوعاً أيضاً نحو تعليم ذلك للطلاب الصم.

وقد أسفرت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها على الأفراد الصم بداية من مرحلة الروضة كما يرى رودرجويز ولانا Rodriguez & Lana (1996) إلى سن المدرسة العليا أو المدرسة الثانوية كما يرى هولكومب Holcomb (1996) عن أن الضم أو الاحتواء في فصول التعليم العام قد يتضمن مخاطر تعرض الطلاب الصم للعزلة. ورغم أن الضم أو الاحتواء قد يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات للعديد من الطلاب الصم فإنه يمثل خبرة سلبية لجميع الطلاب على السواء إذ كشفت نتائج الدراسات التي أجريت حول الأثر الذي يخلفه ضم الطلاب الصم مع أقرانهم العاديين عن أن النتائج الأكاديمية والاجتماعية التي تترتب على هذا الأمر تتباين اعتماداً على الفرد ذاته حيث قد يرى البعض أن الضم أو الاحتواء الكامل يعد مفيداً في هذا الصدد في حين يرى آخرون أن عزل كل فئة في مدرسة خاصة بها يعد هو الأفضل.

هذا وقد وجدت الدراسات التي أجريت على أولئك الطلاب الصم الذين خضعوا للضم أو الاحتواء أن هناك عناصر معينة تؤثر في فعالية البرنامج المستخدم هي :

1- الوقت المخصص للتعليم والتخطيط.
2- الالتزام والتعهد بنموذج التربية أي أن الوالدين والمختصين يجب أن يشعروا بالالتزام بتسكين الطفل في التعليم، وجعل هذا التسكين ناجحاً، وأن يحاولوا الاستفادة من قدرات الطفل قدر الإمكان.
3- تقديم الخدمات الخاصة بالمساندة والتي تؤكد على أن كلاً من ناظر المدرسة ومدير مدرسة التربية الخاصة يلعبان دوراً هاماً في هذا الصدد. وتتضمن تلك الأمثلة الدالة على المساندة وجود معلم للصم طوال الوقت، ووجود أخصائي في اللغة والتخاطب، ومترجم إشاري أي للإشارات، ومختصين، ومتطوعين، وحاسبات آلية، وميزانية لشراء المواد والأدوات اللازمة.
4- وضوح تصميم البرنامج، وهنا يجب أن ينغمس فريق المختصين في الأنشطة التي تمكنهم من تطوير فهم عام لتصميم البرنامج مع وضوح تلك الأدوار التي ينبغي أن يقوم بها كل منهم ومسئولياته.
5- المشاركة الوالدية الفعالة.
6- قيام معلمو الصم بالتدريس لهم بشكل مباشر في الفصول العادية إذ أنه عندما يؤلف معلم الصم فريقاً مع معلم الفصل العادي أو التعليم العام، ويقومان معاً بتعليم الطفل

لبعض الوقت فإن كلاً من الطالب العادي والطالب الأصم سوف يحققان الاستفادة من هذا الوضع بطبيعة الحال .



ينتظم غالبية الأطفال الصم وضعاف السمع في المدارس العادية المحلية ويتلقون كماً كبيراً من التعليم بها

التطورات التكنولوجية

هناك عدد من التطورات التكنولوجية التي جعلت من السهل على الأفراد الصم أن يتواصلوا مع غيرهم من السامعين، وأن يحصلوا على مختلف المعلومات منهم. وقد تضمن هذا الانفجار التكنولوجي في الأساس خمسة مجالات هي:

1- سماعات الأذن.

2- التعليق أو الترجمة المرئية على الشاشة captioning.

3- التليفونات.

4- التعليم القائم على الكمبيوتر.

5- الإنترنت.

وسوف نعرض لهذه المجالات على النحو التالي :

سماعات الأذن : توجد في الواقع ثلاثة أنواع رئيسية من سماعات الأذن مثلت كل منها عند

ظهورها تطوراً في حينها، وإن كانت الأنواع الثلاثة لا تزال تستخدم حتى الآن. وهذه الأنواع هي :

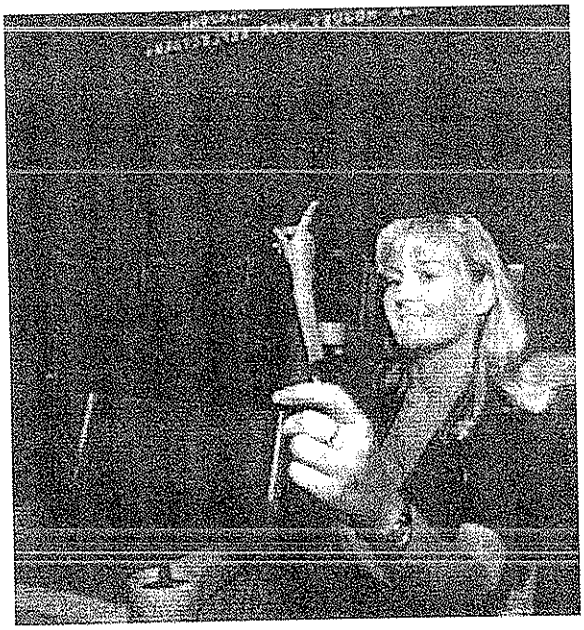
- السماعات التي توضع خلف الأذن.
- السماعات التي توضع داخل الأذن.
- السماعات التي توضع على مسافة أبعد داخل الأذن وذلك في قناة الأذن.

وتعتبر السماعات من النوع الأول أي التي توضع خلف الأذن هي الأقوى، ولذلك يستخدمها الأفراد الذين يعانون من فقد السمع الأكثر شدة. كما أنها تعتبر هي النوع الذي يستخدمه معظم الأطفال نظراً لأنها يمكن أن تستخدم مع أنظمة FMالموجودة في بعض الفصول حيث يحمل المعلم وفقاً لهذا النظام ميكروفون لاسلكي ويضعه في طية سترته التي يرتديها، بينما يحمل الطفل جهاز الاستقبال الذي يعمل بنفس النظام والذي يصل حجمه إلى حجم علبة السجاير فيسمع الصوت مكبراً إما عن طريق سماعة الأذن التي تتصل بجهاز الاستقبال، أو عن طريق سماعة الأذن التي توضع خلف الأذن ويتم توصيلها بجهاز الاستقبال الذي يعمل بنظام FM. وتتوقف استفادة الطفل من سماعة الأذن بمفردها أو بعد توصيلها بجهاز استقبال يعمل وفق نظام FM بدرجة كبيرة على تلك الخصائص السمعية التي تميز الفصل.

وعلى الرغم من أن سماعات الأذن تعد جزءاً متكاملاً من ذلك البرنامج التربوي الذي يتم تقديمه للطلاب الصم فإن بعض هؤلاء الطلاب قد لا يمكنهم الاستفادة منها بسبب شدة فقد السمع من جانبهم وطبيعته وهو ما يعني أنها لا تصلح لجميع الأفراد الصم على إطلاق المسمى حيث أننا نلاحظ بصفة عامة أن سماعات الأذن من شأنها أن تجعل الأصوات المختلفة أعلى وليس أكثر وضوحاً، ومن ثم إذا ما تشوه سمع الفرد فإن سماعة الأذن لن تصلح منه لأنها سوف تقوم فقط بتكبير هذا الصوت الذي يصير مشوهاً هو الآخر. أما بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يمكنهم الاستفادة من سماعات الأذن فإن الأمر يتطلب لكي تتحقق الاستفادة منها أن يتم التعاون والتكامل بين كل من الطالب والوالدين والمعلمين بحيث يعملون مع بعضهم البعض وذلك لضمان تحقيق الحد الأقصى للفاعلية من ذلك الجهاز وهو ما يعني أن المعلم ينبغي أن يكون على علم ودراية بذلك، وأن يبقي على فعاليته.

التعليق المكتوب (الترجمة المرئية) على التليفزيون والفيديو والأفلام: يحتاج المتفرجون في بعض الأحيان ديكودر خاص (جهاز فك الشفرة) حتى يتمكنوا من متابعة تلك البرامج التي يتم تقديم ترجمة مرئية captioning لها على الشاشة. ومن المعروف كما تشير الجمعية

القومية للصم (2001) National Association of the Deaf أن القانون الفيدرالي في الوقت الراهن يفرض على صانعي أجهزة التليفزيون أن تتضمن كل أجهزة التليفزيون التي تزيد عن 13 بوصة شريحة تسمح للمتفرج بمتابعة التعليق المرئي الذي يظهر على الشاشة وذلك دون أن يكون لديه جهاز يفك الشفرة. كما ينص القانون الفيدرالي أيضاً على أن يقدم التليفزيون شرحاً أو تعليقاً أي ترجمة مرئية على الشاشة وذلك لنسبة معينة من تلك العروض التي يقدمها بشرط أن تصل تلك النسبة إلى 50% من البرامج الجديدة التي يقدمها بداية من يناير 2002، وأن تصل هذه النسبة إلى 75% بداية من يناير 2004 ، ثم تصل بعد ذلك إلى 100% بداية من يناير 2006 . كذلك فإن العديد من شرائط الفيديو التي يتم تأجيرها من المحلات المخصصة تتضمن أيضاً ذلك الشرح والتعليق أو ما يعرف بالترجمة المرئية. وتتمثل أحدث المبتكرات العلمية والعملية في مجال الترجمة المرئية على الشاشة وفقاً للمركز القومي للإعلام (1998) National Center for Accessible Media في أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية التي تعرض ترجمة مرئية للمناقشات العامة مع وجود باترونات الأفلام (أسمائها وخلافه من بيانات أخرى خاصة بها) متصلة بمقاعدهم أي تكون هناك شاشة عرض صغيرة توضع أمامهم مباشرة وذلك خلف كل كرسي. هذا ويتم كذلك عرض الترجمة المرئية خلف الممثلين على المسرح، ثم تنعكس بعد ذلك على تلك الشاشة الأكليريكية الخاصة بالمشاهد والتي تعد بمثابة أداة إلكترونية خاصة.



تقدم أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية شرحاً وتعليقاً ينعكس على الشاشة الأكليريكية الخاصة بالمشاهد

ومن الجدير بالذكر أن أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية تشبه في فكرتها العامة كما يرى المترجم مع الفارق بين الحالتين ما نراه في بعض الطائرات من وجود شاشة عرض صغيرة مثبتة أمام كل راكب من ركاب الطائرة وذلك خلف كل كرسي بالطائرة بحيث يمكن للراكب بطبيعة الحال أن يتابع مشاهدة فيلم أو برنامج معين حسب رغبته. أما الترجمة المرئية في حد ذاتها فتشبه ذلك الشريط المتحرك

الذي نشاهده أسفل شاشة التليفزيون خلال عرض البرامج المختلفة حيث تعرض من خلاله أهم الأنباء والأخبار.

ومن جانب آخر فإن العديد من المعلمين يفضلون استخدام الترجمة المرئية كوسيلة تعليمية. وإذا كانت الترجمة المرئية وفقاً لهذا الرأي تستخدم كوسيلة تعليمية للأطفال الصم فإنها تتطلب في المقام الأول أن يكون الطفل الأصم ملماً بالقراءة والكتابة، أو لنقل أنه ينبغي أن يكون ملماً بالقراءة حتى يتمكن من متابعة ما يتم تقديمه له عن طريقها وإلا فإنه لن يستفيد منها في شيء دون أن يكون قادراً على القراءة. ومما لا شك فيه أن هذه الفكرة في حد ذاتها تؤكد من جديد على تفضيل مدخل الازدواج الثقافي ـ الثنائية اللغوية لأن هذا المدخل كما أوضحنا من قبل يهتم في جانب منه بتعليم اللغة الإنجليزية للأطفال الصم.

ويرى المترجم أن اتباع هذا المدخل يتطلب تعليم هؤلاء الأطفال الصم اللغة الإنجليزية إذا ما كانت اللغة القومية للدولة هي اللغة الإنجليزية، وبالتالي فإننا إذا ما قمنا باتباعه في أي بلد آخر لا تكون اللغة الإنجليزية هي لغته الأم فإننا لن نكون مجبرين آنذاك على تعليم اللغة الإنجليزية لأولئك الأطفال، بل إننا قياساً على ذلك سوف نقوم بتعليمهم اللغة القومية، وسوف نقدم لهم الترجمة المرئية بنفس هذه اللغة وهو الأمر الذي سوف يكون من شأنه أن يجعلهم قادرين على قراءة تلك الترجمة، وبالتالي متابعة ما يحدث، ومعرفة الأحداث أولاً بأول مما يجعلهم يستفيدون من هذا المدخل.

ويعرض الجدول (10-2) قائمة ببعض الأساليب التي يمكن أن يستخدم الوالدان الترجمة المرئية من خلالها حتى يساعدا أطفالهما في سبيل تطوير لغتهم ومهارات القراءة لديهم.

إرشادات عامة

يمكن أن يواجه أفضل القراء صعوبات في فهم جميع الترجمات المرئية في التليفزيون أو الفيديو، وإضافة إلى ذلك فإن الطفل إذا لم يتمتع بمهارة عالية في القراءة، وكان يميل إلى مشاهدة برنامج تليفزيوني أو برنامج فيديو لا يتضمن ترجمة مرئية فإن ذلك لن يتعارض مطلقاً مع الصورة حيث نجد في الواقع أن قراءة الترجمة المرئية مثل قراءة الكتب تعتبر مهارة ينبغي أن تتم رعايتها. وفيما يلي بعض الإرشادات التي توجه الوالدين نحو مساعدة أطفالهما الصم على مواجهة تلك التحديات التي يمكن أن تصادفهم في سبيل قراءة الترجمة المرئية.

1- دع الطفل يتفرج على الترجمة المرئية طوال الوقت، ووضح له أن هذه الترجمة المرئية تعد جزءاً من الثقافة التليفزيونية للأسرة وليست في الواقع شيئاً خاصاً به هو كطفل معوق سمعياً. وإذا ما ترك الوالد الترجمة المرئية طوال الوقت فإن ذلك يثبت للطفل الأصم أن حاجته للتواصل لها قيمتها من جانب الأسرة.

2- تفرج على برامج التليفزيون والفيديو مع طفلك، وتعرف على تلك البرامج التي يفضلها طفلك وتفرج أنت بعد ذلك على بعض هذه البرامج إذا لم يتح لك برنامجك الخاص وقتاً كافياً لمشاهدتها حتى وإن اضطررت إلى تسجيل البرنامج ومشاهدته لاحقاً وهو الأمر الذي يمنحك الفرصة كي تشاهده مراراً وتكراراً، وأن توقف مشاهدة البرنامج في أي وقت لكي تتحدث عما يحدث، كما أنه يعطيك الفرصة من جانب آخر لمراجعة بعض الكلمات والجمل.

3- اشرح لطفلك الأصم ما يحدث، وما يتناوله العرض المقدم له وهو الأمر الذي يكن أن يجعل من الأسهل بالنسبة له أن يفهم الترجمة المرئية المصاحبة، وأن يتابع العرض.

4- اشرح معاني الإشارات البصرية التي تظهر كجزء من الترجمة المرئية على الشاشة والتي تأتي على هيئة مجموعة من الأشكال كالنوتة الموسيقية كي تدل على الموسيقى، أو نص يصف تلك الأحداث التي يتضمنها العرض والتي تحدث في مكان آخر كأن يكون هناك كلب ينبح مثلاً، أو آلة تنبيه تصدر صوتاً.

5- إذا ما ساعدتك الترجمة المرئية على فهم ما يقال في التليفزيون فإن عليك أن تبلغ طفلك الأصم بذلك، وأن تقدم له أمثلة واقعية مثل الترجمة المرئية التي تساعدك على فهم هجاء اسم أو كلمة، أو التي تساعدك على فهم ما يقال نظراً لأنك قد لا تتمكن من فهم ما يقوله المتحدث.

6- استخدم تلك البرامج التي تعتمد على الترجمة المرئية كوسيلة للتواصل المباشر مع طفلك الأصم مع العلم بأن البرامج التليفزيونية التي تعتمد على الترجمة المرئية لا تعد في حد ذاتها بديلاً كافياً للتواصل المباشر. ومع ذلك فإن الوقت الذي تقضيه مع ابنك في سبيل مناقشة برنامج معين يعتبر فرصة ممتازة لتعلم اللغة.

جدول (10-2) إرشادات للوالدين حول تلك البرامج التي تتضمن ترجمة مرئية

التليفونات: يعاني الأطفال الصم من صعوبات جمة في استخدام التليفون إما بسبب شدة فقد السمع من جانبهم أو بسبب التغذية الراجعة السمعية (الضوضاء التي يحدثها أو يسببها قرب سماعة التليفون من سماعة الأذن الخاصة بالطفل). ومع ذلك فإن ابتكار التليفونات النصية text telephones والتي يشار إليها أحياناً على أنها المبرقة الكاتبة teletypes TTY أي التي تقدم رسالة موجهة بآلة مبرقة كاتبة، أو أساليب التواصل عن بعد للصم telecommunication devices for the deaf TTD. ويمكن للشخص الأصم في الواقع أن يستخدم المبرقة الكاتبة بعد توصيلها بجهاز تليفون حتى يتمكن من كتابة رسالة لأي شخص آخر تكون لديه هو الآخر مبرقة كاتبة. كذلك فإن إدخال بعض المواءمات الخاصة على جهاز التليفون يسمح للشخص الذي لا توجد لديه مبرقة كاتبة أن يستخدم بعض الأزرار في التليفون حتى يكتب رسالة معينة لأي شخص يستخدم مبرقة كاتبة.

وتطلب الحكومة الفيدرالية في الوقت الراهن من كل ولاية أن تقدم خدمات متتابعة لأولئك الأشخاص الذين يستخدمون المبرقة الكاتبة. وتسمح الخدمة المتتابعة لذلك الشخص الذي يستخدم المبرقة الكاتبة أن يتواصل مع شخص آخر عن طريق عامل معين operator يعمل على نقل الرسالة إلى الشخص الذي لا توجد معه مبرقة كاتبة، فيمكن بالتالي للشخص الذي توجد معه تلك المبرقة أن يستمر في المحادثة مع شخص آخر لا يستخدمها، أو قد يتلقى الشخص الذي يستخدم تلك المبرقة رسالة من شخص آخر وهو ما يعد بمثابة أمر هام في سبيل أداء الأنشطة اليومية المختلفة كتحديد المواعيد المختلفة على سبيل المثال. كذلك فإن هناك أعداداً كبيرة من الصم يستخدمون وسيلة تليفونية أخرى هي الفاكس.

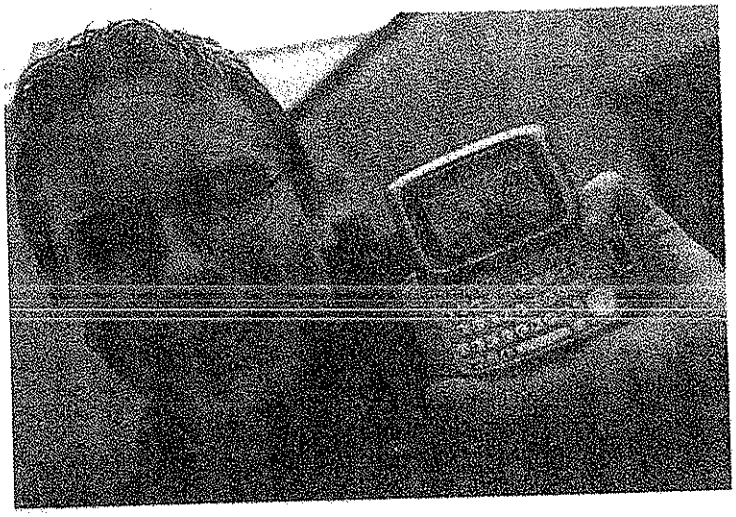
التعليم القائم على الكمبيوتر: أدى الانفجار التكنولوجي فيما يتعلق بالحاسبات الآلية الصغيرة وما يرتبط بها من تكنولوجيا مثل الاسطوانات، ووحدات تشغيل الأقراص المدمجة CD- ROM إلى زيادة احتمالات وإمكانات تعلم الأفراد الصم وأسرهم. فعلى سبيل المثال يمكن للعروض البصرية لأنماط الكلام التي يتم تقديمها على شاشة الكمبيوتر أن تساعد أي شخص فاقد للسمع على تعلم الكلام. كذلك فإن تلك البرامج المقدمة على اسطوانات يمكن أن توضح الإشارات المستخدمة للأفراد الصم مما يساعدهم على تعلم لغة الإشارة الأمريكية.

ويشير ستينسون وستوكليس (1998) Stinson &Stuckless أن هناك أمثلة أخرى لتلك التكنولوجيا القائمة على الكمبيوتر منها ما يعرف بالكتابة على الكمبيوترC-print والتي تساعد الفرد على أن يكتب على الكمبيوتر ما يقال له من جانب أي شخص آخر على سبيل

المثال، فيمكن بذلك للشخص الأصم كما يرى كيلي (2000) Kelly أن يقوم بقراءة نص حقيقي يتم عرضه على شاشة الكمبيوتر إضافة إلى قيامه بطباعة ذلك النص في أي وقت لاحق.

الإنترنت : من الجدير بالذكر أن السبل الرئيسية للحصول على المعلومات قد أتاحت مجموعة كبيرة من احتمالات وفرص التواصل أمام الأفراد الصم فوجدنا البريد الإلكتروني على سبيل المثال يسمح لأولئك الأفراد الصم بالتواصل مع بعضهم البعض إضافة إلى التواصل مع غيرهم من العاديين. كما يمكنهم أيضاً أن يشاركوا في أداء العديد من الأنشطة المختلفة مع قوائم من الأفراد الآخرين من خلال الإنترنت، وأن يتواصلوا مع الجماعية الإخبارية المختلفة، newsgroups وأن يشتركوا في غرف المحادثات chat rooms المخصصة للصم إلى جانب المشاركة في العديد من الأمور والموضوعات الأخرى. ومن ثم فإن الشبكة الدولية التي لا تتوقف عن الاتساع تسمح لهؤلاء الأفراد باستغلال مجموعة كبيرة من المصادر المختلفة للمعلومات.

وفضلاً عن تزويد الأفراد الصم بوسيلة مناسبة تمكنهم من الحصول على المعلومات المختلفة يمكن للمعلمين أيضاً أن يستخدموا الإنترنت لمساعدة الطلاب الصم على أن يقوموا بممارسة مهارات القراءة والكتابة، وأن يخبروها حيث يمكن أن يقوم المعلمون على سبيل المثال بتكوين مجموعات إخبارية معينة يمكن للطلاب الصم أن يتواصلوا مع أعضائها، كما يمكنهم من جانب آخر أن يتواصلوا من خلالها مع بعضهم البعض في الفصل، وفي المدرسة، وحتى على امتداد العالم بأسره.



التدخل المبكر: Early Jntervention

تعتبر تربية وتعليم الأطفال الرضع وأقرانهم في مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من فقد السمع من الأمور الحاسمة التي تمثل أهمية كبيرة في هذا المضمار. ومن الملاحظ بل ومن غير المدهش على الإطلاق أن نجد أن معظم تلك الأمور الجدلية التي ترتبط بالتدخل المبكر للأطفال الصم إنما تركز على اللغة، وقد يرجع ذلك إلى أن نمو اللغة بالنسبة للأطفال الصم يشهد جدلاً كبيراً. ومن ناحية أخرى تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة بمثابة فترة هامة ومرحلة حرجة بالنسبة للنمو اللغوي. وكما أوضحنا عند حديثنا عن الأسلوب الشفوي والأسلوب اليدوي في التعليم يرى البعض أن اللغة الإنجليزية ينبغي أن تحتل بؤرة الاهتمام في برامج التدخل بينما يرى آخرون أنه يجب أن يتم استخدام لغة الإشارة الأمريكية بداية من رحلة المهد. كذلك فمن بين مؤيدي اللغة الإنجليزية في هذا الإطار يوصي بعض المختصين باللجوء إلى استخدام أسلوب التواصل الكلي بحيث يتم الدمج بين اللغة الإنجليزية المنطوقة وأي نسق آخر من أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية.

ومن المحتمل أن يكون أداء الأطفال الصم لآباء من الصم أفضل من أداء أقرانهم الصم لآباء من السامعين حيث نجدهم في مرحلة المهد على سبيل المثال يكتسبون لغة الإشارة الأمريكية بمعدل شبيه بذلك المعدل الذي يكتسب به الأطفال العاديون لآباء عاديين اللغة الإنجليزية، بينما لا يمكن للأطفال الصم لآباء من السامعين أن يكتسبوا اللغة الإنجليزية أو لغة الإشارة الأمريكية بمعدل سريع كهذا المعدل الذي تحدثنا عنه للتو. وقد يرجع ذلك كما يشير بورنشتاين وآخرون (1999) .Bornstein et.al وسبنسر وآخرون (1996) Spencer et.al. إلى حقيقة أن تلك التفاعلات اليومية بين الأمهات وأطفالهن الرضع تكون أكثر تيسيراً، وتتسم بأنها طبيعية بدرجة أكبر عندما يكون كلا الطرفين الطفل والوالدين من الصم وذلك قياساً بهذا الوضع الذي يكون فيه الطفل فقط هو الأصم ويكون والداه من السامعين إذ تتسم تلك التفاعلات التي تقوم بها الأمهات السامعات لأطفال من الصم مع هؤلاء الأطفال بأنها تكون توجيهية بدرجة أكثر أي أنه يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهن أن تبدأن تلك التفاعلات التي لا ترتبط بذلك النشاط الذي يبديه الطفل ويقوم به، أو التي لا ترتبط باهتمامه الذي يعبر عنه.

ونظراً لأن الأطفال الصم لآباء من السامعين يفتقدون النموذج اللغوي المناسب فإنهم يلجأون أحياناً إلى الإيماءات الجسمية، والخدع الأخرى مثل جذب الملابس أو الضرب بأخمص القدم كي يتمكنوا من جذب انتباه والديهم والحصول بالتالي على ما يريدونه. ومن المحتمل أن يكون ذلك الإحباط الذي يخبرونه في إقامة التواصل هو السبب الذي يجعل الآباء

السامعين لأطفال من الصم غالباً ما يتعرضون لدرجات مرتفعة من الضغوط. كذلك فإن أولئك الآباء الذين يستخدمون الإشارة في تعاملهم مع أطفالهم يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن تكون أسرهم من النوع المتماسك التي يسود فيها مستوى مرتفع من التعاقد الانفعالي والمشاركة في الاهتمامات.

وفضلاً عن السهولة في استخدام لغة الإشارة الأمريكية التي يجدها الآباء الصم فإنهم يكونوا كذلك أكثر استعداداً للتعايش مع ذلك الصمم الذي يكون قد لحق بطفلهم، أما الآباء غير الصم أي السامعين فإنهم لا يكونوا معدين لميلاد طفل أصم لهم في حين يعتمد الآباء الصم على خبرتهم في سبيل تقديم المساندة المطلوبة لطفلهم الأصم. كذلك فإن الآباء السامعين عندما يرغبون في تعليم طفلهم الأصم لغة الإشارة فإنهم يحتاجون إلى المساعدة في فهم أهمية الطريقة البصرية أو الأسلوب البصري في التواصل مع أطفالهم الصم حيث نجدهم يحتاجون على سبيل المثال إلى فهم أن التواصل البصري من جانب الطفل الأصم يعد غاية في الأهمية نظراً لأنه يعد في الواقع هو طريقته في التعبير عن مدى اهتمامه ودافعيته. كما يحتاج أولئك الآباء أيضاً إلى معرفة وإدراك أنه كما يقوم الأطفال السامعون بالثرثرة اللفظية أو المناغاة من خلال إصدار الكلام غير المفهوم فإن الأطفال الصم ينغمسون كذلك في مثل هذا الشكل من الأصوات، ولكنه يتم في الواقع من خلال استخدامهم لأيديهم في هذا الصدد وذلك مع بداية اكتسابهم للغة الإشارة واستخدامهم المتكرر لها .

ومن جانب آخر فإن الآباء السامعين لأطفال من الصم يواجهون مأزقاً فيما يتعلق بتقديم نماذج ملائمة للغة الإشارة لهؤلاء الأطفال الذين يكون من الصعب بالنسبة لهم أن يتعلموا سواء تمثل ذلك في نسق تمثيل إشاري للغة الإنجليزية أو لغة الإشارة الأمريكية وخاصة لغة الإشارة الأمريكية هذه وذلك إلى درجة عالية من الطلاقة خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً. ومثل أي لغة فإنه يصبح من الأصعب بالنسبة للمراهق أو الراشد أن يكتسب لغة الإشارة الأمريكية، بل إنه نادراً ما يتعلمها بنفس الدرجة من الطلاقة التي يستخدمها بها الشخص الأصم الذي يعتبرها في الواقع هي لغته الأم.

وجدير بالذكر أنه وفقاً لما يراه العديد من المختصين كما يشير أندروز وزميجويسكي Andrews & Zmijewski (1997) من أن والدي أكثر من 90% تقريباً من الأطفال الصم يعدون من السامعين وهو الأمر الذي يؤكد على أهمية التدخل بالنسبة للأطفال الصم من الرضع أو صغار السن، ويتفق في ذات الوقت مع ما يراه العديد من المختصين من أن هناك حاجة ماسة للغاية للتدخل المبكر وذلك بالنسبة للأسر من هذا القبيل أي التي يكون فيها الطفل أصماً ويكون الوالدان من السامعين وذلك قياساً بما يكون عليه الأمر في تلك الأسر

التي يكون كلا الطرفين فيها أي الطفل والوالدين من الصم حيث تقل الحاجة فيها إلى التدخل المبكر أو على الأقل لا تكون تلك الحاجة بنفس القدر من الأهمية الذي تبدو عليه عندما يكون الوالدان من العاديين ويكون الطفل أصماً.

ومن هذا المنطلق فقد أعد المعلمون برامج للتدخل في مرحلة ما قبل المدرسة حتى يتمكنوا من تعليم الأطفال الصم أساسيات لغة الإشارة إلى جانب تعليم أطفالهم السامعين تلك الأساسيات أيضاً. وتعد مثل هذه البرامج بصفة عامة ناجحة في تعليم أساسيات لغة الإشارة لكل من الآباء والأطفال. وبمجرد أن يكون الطفل مستعداً للتطور فيما بعد النطق بكلمة أو كلمتين من خلال لغة الإشارة يصبح من المهم أن نوفر له نماذج ممن يستخدمون لغة الإشارة على أنها لغتهم الأم. وفي هذا الإطار يوصي المختصون باللجوء إلى ما تتم ممارسته في السويد في هذا الخصوص إذ يمثل الراشدون الصم جزءاً من برنامج التدخل المبكر نظراً لأنه يمكن الاستفادة منهم كنماذج للغة الإشارة، كما أن بإمكانهم مساعدة الآباء السامعين في تكوين توقعات إيجابية تتعلق بتلك القدرات الكامنة لأطفالهم الصم. وقد يوضح ذلك تلك الفكرة التي سقناها منذ قليل عند تفسيرنا لنتيجة المقارنة بين مستوى تحصيل الأطفال الصم لآباء من الصم وأقرانهم الصم لآباء من السامعين . وعلى الرغم من أن الآباء السامعين لا يكون بمقدورهم مطلقاً أن يتواصلوا مع أطفالهم الصم بطلاقة من خلال استخدام لغة الإشارة فإنه من المهم أن يستمروا في استخدام الإشارات عند تعاملهم مع أطالهم حيث أن الإشارة لا توفر للوالدين وسيلة يتمكنان بموجبها من التواصل مع الطفل فحسب، بل إنها إلى جانب ذلك تثبت أنهما يقدران تلك اللغة التي يستخدمها الطفل، بل ويقدران ثقافة الصم أيضاً.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transitions to Adulthood

يرى شيرمر(2001) Shirmer أن كلاً من البطالة unemployment والقدر الزائد من التأهيل للوظيفة والذي يجعلها أقل من قدرات الفرد underemployment يعتبران من المشكلات الأساسية التي يواجهها الأفراد الصم وخاصة النساء. ومع ذلك فإن هناك أدلة على أن تلك الصورة القاتمة قد بدأت تدريجياً في التغير، وأن السبب الأساسي الذي يكمن خلف هذا التغير إنما يتمثل في زيادة استخدام برامج التدخل للأفراد الصم فيما بعد المرحلة الثانوية من التعليم حيث أسفرت نتائج تلك الدراسة التتبعية التي أجراها سكرودل وجاير Schroedel & Geyer (2000) والتي استمرت خمس عشرة سنة وذلك لأفراد من الصم تخرجوا من كليات مدة الدراسة بها عامان وأقران لهم من الصم أيضاً تخرجوا من كليات أخرى مدة الدراسة بها أربع سنوات عن أن الدراسة بالكلية عامة قد أدت إلى حدوث تغير

جوهري في شغل أولئك الأفراد لمهن تعد مشبعة بالنسبة لهم، كما ساعدتهم على أن يحيون حياة مشبعة لهم أيضاً.

التعليم بعد المرحلة الثانوية

تعتبر كلية جالوديت Gallaudetوالتي تعرف الآن بجامعة جالوديت هي المؤسسة التعليمية الوحيدة التي كانت حتى منتصف الستينيات من القرن الماضي تقبل الطلاب الصم للدراسة بها، ولم يكن أمام أولئك الطلاب الذين لم يلتحقوا بها أي خيار آخر إذا ما رغبوا في استكمال دراستهم سوى الالتحاق بكليات أو جامعات تقليدية رغم أن مثل هذه المؤسسات التعليمية التقليدية لا تتعامل مطلقاً مع الاحتياجات الخاصة لهؤلاء الطلاب الصم. وعلى هذا الأساس فلم يتجاوز عدد الطلاب الصم بالولايات المتحدة الأمريكية الذين تخرجوا من كليات وجامعات عادية حسب ما أسفرت عنه تلك الدراسة التي أجراها كويجلي وآخرون Quigley et.al(1968) وذلك خلال المدة من عام 1910 وحتى عام 1965 مائتين وأربع وعشرين شخصاً فقط.

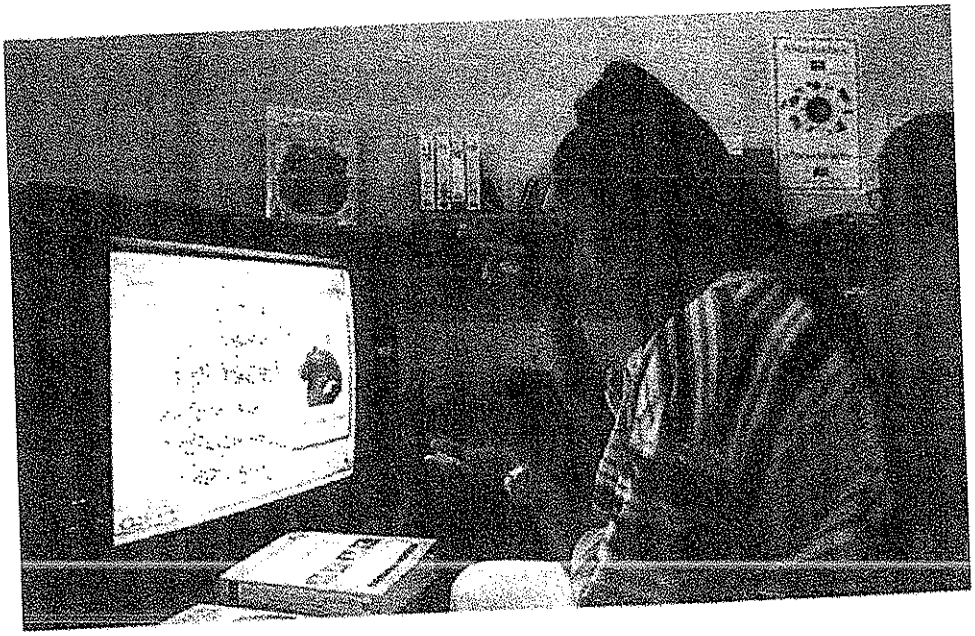
ومما لا شك فيه أن مثل هذه النتائج قد أدت إلى زيادة تلك البرامج التي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية للطلاب الصم، كما قامت الحكومة الفيدرالية بتمويل العديد من هذه البرامج لمثل هؤلاء الطلاب. وتعد جامعة جالوديت Gallaudet University والمعهد الفني القومي للصم The National Technical Institute for the Deaf NTID التابع أساساً لمعهد روشستر للتكنولوجيا Rochester Institute of Technology في طليعة تلك المؤسسات التي تعمل على تقديم البرامج الخاصة بالصم، بل إنهما يمثلان في الواقع أهم برنامجين للطلاب الصم. ويركز برنامج هذا المعهد على تدريب الصم في المجالات الفنية ليكمل بذلك برنامج الدراسات الفنية الحرة وغير الحرفية التي تقدمها جامعة جالوديت. كذلك فإن بعض الطلاب الصم يحضرون في المعهد الفني القومي للصم في فصول مع الطلاب العاديين التابعين لمعهد روشستر للتكنولوجيا إذ أن هذا المعهد يقبل الطلاب سواء من الصم أو العاديين للدراسة به.

وفضلاً عن هذين البرنامجين الأساسيين للصم فإن هناك في الوقت الراهن ما يربو على مائة برنامج تم إعدادها للمرحلة بعد الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، ويتم تقديمها لأولئك الطلاب. أما من الناحية القانونية فإن جامعة جالوديت والمعهد الفني القومي للصم هما المسئولان عن تقديم الخدمات اللازمة للطلاب الصم في كل أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية، أما البرامج الأخرى فإن بعضها يوجه للطلاب من بعض الولايات فقط، أو من ولاية واحدة، أو من بعض الضواحي في إحدى الولايات دون سواها.

وعلى الرغم من أن العديد من الطلاب الصم المقيدين بالتعليم العالي يختارون بل ويفضلون الانتظام في جامعة جالوديت، أو في المعهد الفني القومي للصم، أو في تلك الكليات التي تقدم برامج خاصة فإن بعضهم يلتحق بكليات أو جامعات تقليدية. وعادة ما يستفيد هؤلاء الطلاب من تلك البرامج الجامعية التي تم تصميمها في سبيل تيسير حدوث واكتساب الخبرات الأكاديمية للطلاب ذوي الإعاقات والتي يعتبر أهم المزايا التي تقدمها لهم توفير مترجمين للغة الإشارة في تلك الفصول التي يحضرون أو ينتظمون فيها.

ورغم أن ذلك الدور الذي يلعبه مترجمو لغة الإشارة قد دار حوله جدل موسع يوازي تقريباً ما دار حول أسلوب التواصل الكلي فيما يتعلق باستخدام لغة الإشارة الأمريكية في مقابل أحد أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية فإن الصراع الجوهري فيما يتعلق بدور مترجمي لغة الإشارة يدور في الأساس حول استخدام ما يعرف بنقل حروف لغة معينة إلى حروف لغة أخرى transliterationوذلك بدلاً من استخدام لغة الإشارة الأمريكية. ومن المعروف أن مثل هذا النقل للحروف يعد شبيهاً بأنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية، ويحافظ على نفس ترتيب الكلمات الذي تحتله أو تشغله في اللغة المنطوقة. أما لغة الإشارة الأمريكية على الجانب الآخر فتتطلب من المترجم أن يدرك معنى ما يقال، وأن يفهمه جيداً قبل أن ينقله عن طريق لغة الإشارة. ورغم أن المترجمين يجدون أنه من الأكثر صعوبة بالنسبة لهم أن يستخدموا لغة الإشارة الأمريكية فإن نتائج البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الصدد قد أسفرت كما يشير ليفينجستون وآخرون (1994) Livingston et.al. عن أنها تعتبر أكثر فعالية من نقل حروف اللغة إلى حروف لغة أخرى.

وجدير بالذكر أنه لا توجد لدى العديد من معلمي الجامعة سوى خبرة محدودة في التعامل مع مترجمي لغة الإشارة، ورغم ذلك يعد من المهم جداً بالنسبة لكل منهما كما يرى سيبل (1993) Siple أن يعمل مع الآخر في سبيل تقديم الحد الأقصى من خبرات التعلم للطلاب الصم دون حدوث أي نوع من التأثير السلبي على الطلاب الآخرين في نفس الفصل. وإلى جانب ذلك فإن هناك حاجة ماسة كما يشير جونز وآخرون (1997) Jones et.al. لوجود مترجمي لغة الإشارة في مدارس التعليم العام من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية رغم وجود نقص كبير في أعداد مترجمي لغة الإشارة المؤهلين للعمل في مدارس التعليم العام، كما أنه لا يوجد هناك اتفاق محدد حول ذلك الدور الذي ينبغي عليهم أن يقوموا به حيث يقوم امعلمون بالتعامل معهم أحياناً على أنهم مساعدون لهم فيسندون إليهم أموراً مثل تصحيح أوراق الطلاب الخاصة بهذه المادة الدراسية أو تلك من ناحية، أو يسندون إليهم تدريب الطلاب على بعض الأمور من ناحية أخرى.



بعض الأمور الأسرية

يرى بوشينو Buchino (1993) أنه غالباً ما يواجه الأفراد الصم تحديات فريدة فيما يتعلق بإدارة شئون الأسرة حيث توضح الإحصائيات القومية أن حوالي 95% تقريباً من الراشدين الصم يختارون أزواجاً لهم من الصم، وأن حوالي 90% من أبنائهم الذين ينجبونهم على أثر هذه الزيجات يكونوا من السامعين. وغالباً ما يعمل هؤلاء الأطفال السامعين كمترجمين إشاريين لوالديهم وهو الأمر الذي يمكن أن يسهم في تطوير الثقة بالنفس من جانب أولئك الأشخاص ذوي السلطة المحيطين بهؤلاء الراشدين الصم كالمحامين، والأطباء، وموظفي شركات التأمين حيث يتأكدون من وصول المعنى الذي يقصدونه إليهم، ولكنه رغم ذلك يمكن أن يجبر الفرد على أن يواجه بعض التحيزات غير السارة أيضاً حيث قد يستمعون إلى بعض التعليقات التي قد لا ترضيهم وذلك من جانب بعض الأشخاص. وقد يستاء هؤلاء الأطفال بعد ذلك من حقيقة أن قيامهم بالترجمة لوالديهم يمكن أن يتعارض مع حياتهم الاجتماعية إلى حد بعيد.

ومن جانب آخر فقد كان هناك تقليد استمر لفترة طويلة يعمل على إعداد الطلاب الصم لكي يكونوا من أصحاب المهن اليدوية. إلا أن مثل هذه المهن التي لا تتطلب المهارة أو التي قد تتطلب قدراً محدوداً منها قد اختفت سريعاً في الوقت الراهن من القوى العاملة وظهرت بدلاً

منها مهن تتطلب مستوى مرتفعاً من المهارات وهو الأمر الذي جعل الأفراد الصم يواجهون كماً أكبر من العقبات عندما يلتحقون بسوق العمل. وبالرغم من أن الفرص التعليمية والاجتماعية وفرص العمل التي تتاح أمام الأفراد الصم غالباً ما تكون محدودة فإن هناك العديد من الأسباب التي تدفعنا إلى التفاؤل بالنسبة للمستقبل حيث هناك استمرار في تقديم المزيد من البرامج الانتقالية، والبرامج التعليمية التي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية إلى جانب وعي عام متزايد بالقدرات الكامنة لهؤلاء الأفراد الصم مما قد يسهم في تقديم صورة لهم أكثر إشراقاً.

الخلاصة: Summary

يذهب المربون في تعريفهم لفقد السمع إلى ذلك المدى الذي يؤثر به فقد السمع في قدرة الفرد على التحدث وفهم اللغة المنطوقة، وبالتالي فإنهم يشيرون في هذا الصدد إلى أولئك الأفراد الذين لا يمكنهم القيام بمعالجة المعلومات اللغوية على أنهم صم، ويشيرون من جانب آخر إلى من يمكنه القيام بذلك على أنه ضعيف السمع. وإضافة إلى ذلك فإن من يولد أصماً، أو من يفقد السمع قبل اكتساب اللغة يشار إليه على أنه يعاني من فقد السمع قبل اللغوي بينما يشار إلى من يفقد سمعه بعد أن يكون قد اكتسب اللغة على أنه يعاني من فقد السمع بعد اللغوي. هذا ويفضل المختصون وجهة النظر الفسيولوجية في تعريف الأطفال الصم بحيث يرونهم على أنهم غير قادرين على سماع تلك الأصوات المختلفة التي تكون ذات مستوى حدة معين، أو التي تقل أو تزيد عن مثل هذا المستوى، أما غيرهم من الأطفال ممن يعانون من قدر معين من الإعاقة السمعية فيشار إليهم عادة على أنهم ضعاف السمع.

ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنماط من الاختبارات تعد هي الأكثر شيوعاً في قياس حدة السمع أو شدته هي:

1- القياس السمعي لدى نقاء الصوت.

2- القياس السمعي للكلام.

3- الاختبارات الخاصة بالأطفال الأصغر سناً.

ومن المعروف أن شدة الصوت تقاس بالديسيبل بينما يقاس تردده بالهرتز، وعادة ما يصنف المختصون أسباب فقد السمع وفقاً لمكان أو موضع المشكلة في ميكانيزم السمع أو جهاز السمع، فإذا ما كانت المشكلة في المسار التوصيلي من الأذن يصبح فقد السمع توصيلياً، أما إذا كانت المشكلة في الأذن الداخلية، وكانت أكثر شدة وصعوبة فيكون فقد السمع في تلك الحالة حسياً عصبياً، وقد يكون فقد السمع مختلطاً يجمع بين هذين النوعين معاً، كما قد يكون مركزياً ذا صلة مباشرة بمركز السمع بالمخ.

وغالباً ما ترجع تلك الإعاقات التي قد تتعرض الأذن الخارجية لها إلى ما قد يصيب القناة الخارجية من عدوى أو التهابات أو أورام. أما المشكلات في الأذن الوسطى فعادة ما ترجع إلى سوء الأداء الوظيفي لواحدة أو أكثر من العظيمات الثلاث الدقيقة المعروفة بالمطرقة، والسندان، والركاب. كما أنها قد ترجع كذلك إلى التهاب الأذن الوسطى الناتج عن سوء الأداء الوظيفي لقناة استاكيوس. بينما ترجع مشكلات الأذن الداخلية إلى العوامل الوراثية، كما قد

ترجع إلى عوامل مكتسبة أيضاً كالإصابات البكتيرية مثل التهاب السحايا، أو الإصابات الفيروسية كالنكاف والحصبة، أو الإصابات التي قد تتعرض لها الأم في مرحلة ما قبل الولادة مثل إصابتها بالفيروس المضخم للخلايا أو الهربز أو الحصبة الألمانية أو الزهري، أو ما يمكن أن يتعرض الوليد له من نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة إضافة إلى بعض العوامل الهامة بعد الولادة من أهمها التعرض المستمر للضوضاء أو ما يعرف بالتلوث بالضوضاء .

وجدير بالذكر أن لفقد السمع آثاره الشديدة على الأفراد حيث لا يمكنهم من التحدث أو فهم اللغة المنطوقة، ومن ثم يصبح عليهم أن يتعلموا لغة الإشارة حتى تصبح كأداة أساسية بالنسبة لهم تساعدهم على تحقيق التواصل مع المحيطين بهم . ولذلك فإنه ينبغي عند تطبيق أي اختبارات على هؤلاء الأفراد أن يتم استخدام لغة الإشارة إلى جانب استخدام الجانب غير اللفظي من اختبارات الذكاء.

وبصفة عامة فإن التحصيل الأكاديمي للطلاب الصم يتسم بالانخفاض الشديد حتى في الحساب الذي يعد هو أفضل المواد الدراسية بالنسبة لهم. وفيما يتعلق بالتحصيل في القراءة فإن مستوى التحصيل للأطفال الصم لآباء من الصم يرتفع عن مستوى تحصيل الأطفال الصم لآباء من السامعين. وقد يرجع ذلك إلى إمكانية قيام الآباء الصم بالتواصل بشكل أسهل مع أطفالهم الصم باستخدام لغة الإشارة. كذلك فإن الأطفال الصم الذين يتسمون بطلاقتهم في استخدام لغة الإشارة الأمريكية يرتع مستوى تحصيلهم الأكاديمي. ونظراً لعدم وجود العدد الكافي من الأفراد الذين يتعامل الأفراد الصم معهم فإنهم يعدون أكثر عرضة للوحدة أو العزلة الاجتماعية، كما أن الأطفال الصم لآباء من السامعين قد يجدون صعوبة في التعامل مع والديهم مما قد يجعلهم يشعرون بعدم السعادة. ولذلك فإنهم قد يبحثون عن أفراد صم مثلهم حتى يتمكنوا من التعامل معهم حيث يمكنهم جميعاً آنذاك الاستفادة من ثقافة الصم التي تقوم على ست ملامح أساسية هي:

1- التمييز اللغوي.

2- الصمم الاتجاهي.

3- المعايير السلوكية.

4- الأنماط الزواجية اللحمية أي التي تتم بين الأقارب.

5- الوعي التاريخي .

6- الشبكات التنظيمية التطوعية .

ويرى البعض أن تناقص أعداد أندية الصم وانحسارها يعد دليلاً عملياً على تآكل ثقافة الصم. ومن الملاحظ أنه قد ازدادت عمليات زرع القوقعة، واستخدام التطورات التكنولوجية الحديثة في هذا الإطار مما قد يسهم بشكل مباشر في زيادة تواصلهم مع الآخرين. أما عن المداخل الأساسية لتعليم هؤلاء الأفراد فقد كان المدخل الشفوي، والمدخل اليدوي هما المتبعان، أما الآن فقد تم الجمع بينهما فيما يعرف بمدخل التواصل الكلي والذي يتم من خلاله استخدام عدد من الأساليب ذات الأهمية من بينها ما يلي :

1- الطريقة السمعية- اللفظية.

2- قراءة الحديث أو الكلام.

3- أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية.

ولذلك يبدي البعض عدم رضاهم عن طريقة التواصل الكلي لأنها تستخدم أنساق التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية بدلاً من لغة الإشارة الأمريكية إذ يرون أن تلك الأنساق ليست لغات حقيقية رغم اتباعها لنفس ترتيب الكلمات في اللغة المنطوقة، أما لغة الإشارة الأمريكية فهي لغة حقيقية لها قواعدها النحوية المميزة وتراكيبها اللغوية، وتعمل استفادة الأفراد الصم منها على توفير نماذج مزدوجة اللغة لهم حيث يركز مدخل الازدواج الثقافي- الثنائية اللغوية على تعليم لغة الإشارة كلغة أولى وتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية. ومع أن تسكين الطلاب الصم يمتد على مدى متصل التسكين الذي يتباين من الضم والاحتواء إلى الفصول الخاصة القائمة بذاتها فإن احتمال ضمهم واحتوائهم في فصول التعليم العام يعتبر كبيراً وذلك بالنسبة لمن يعانون من فقد السمع في المستوى الأقل في حدته أو شدته، أو للأطفال الأصغر سناً، أو لمن يكون والدوهم من السامعين حيث يعد هؤلاء هم الأكثر استفادة منه كبديل تسكيني . ومع ظهور التطورات التكنولوجية الحديثة في هذا الصدد أصبح لها دور هام في تسهيل حدوث التواصل والتعليم والتدريب. ومن أهم هذه المبتكرات ما يلي:

1- سماعات الأذن .

2- الترجمة المرئية على شاشة التليفزيون .

3- التليفونات .

4- التعليم القائم على الكمبيوتر .

5- الإنترنت.

هذا ويشهد الوقت الراهن وجود العديد من برامج التدخل المبكر للأطفال الصم الرضع،

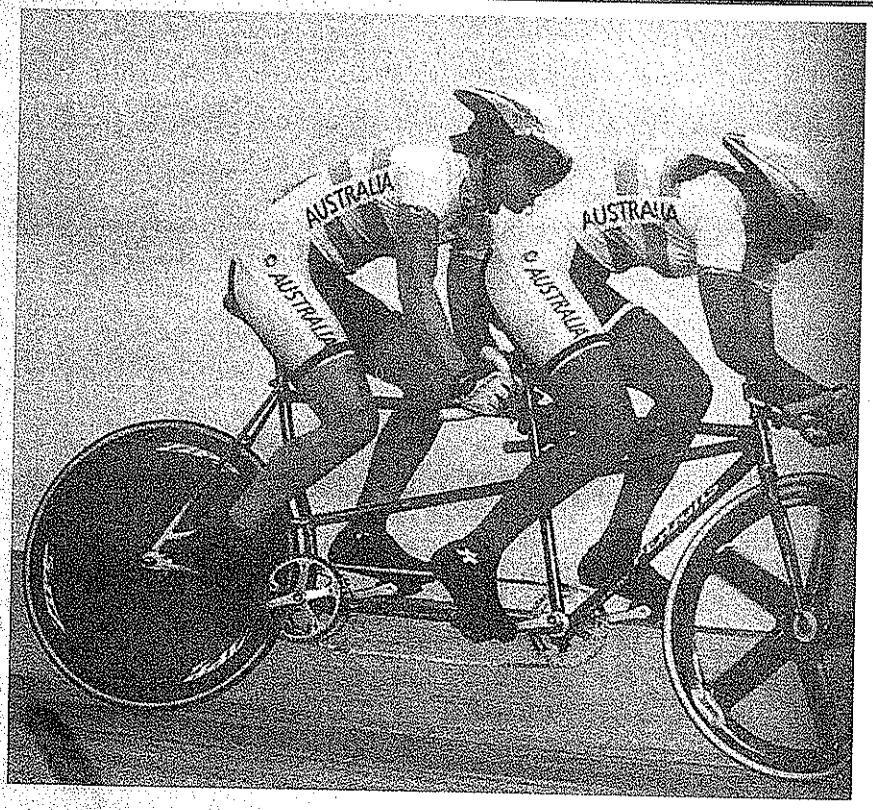
وللأطفال الصم بمرحلة ما قبل المدرسة. وتزداد الحاجة إلى تلك البرامج في تلك الأسر التي يكون الوالد فيها من السامعين مقارنة بتلك الأسر التي يكون الوالد فيها من الصم حيث لا يصل الآباء السامعين إلى درجة الطلاقة في استخدام لغة الإشارة الأمريكية التي يصعب تعلمها بسرعة. أما بالنسبة للمراهقين والراشدين الصم فهناك برامج عديدة أيضاً أهمها ما تقدمه جامعة جالوديت، والمعهد الفني القومي للصم إلى جانب العديد من البرامج الخاصة بالصم وضعاف السمع والتي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية. كذلك يمكن للأفراد الصم الالتحاق أيضاً بالكليات التقليدية الأخرى مع أقرانهم العاديين، والاستفادة من وجود مترجمي لغة الإشارة، ومن البرامج الجامعية المختلفة التي يتم تقديمها لهم فيها. وإضافة إلى ذلك هناك العديد من البرامج الانتقالية التي يتم تقديمها لأولئك الطلاب الصم الذين يودون الاشتراك في تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم بعد المرحلة الثانوية. وعلى الرغم مما يبدو من انخفاض نسبة البطالة بين الصم، أو الإفراط في تأهيلهم للوظائف مما يجعلها تبدو غير مناسبة لهم فإن تلك النسبة لا تزال مرتفعة رغم كل هذه الجهود التي تم بذلها في هذا المضمار .

الفصل الحادي عشر

11

الأطفال المكفوفون وضعا البصر

Learners With Blindness or low vision



مقدمة:

من الجدير بالذكر أن هناك تبايناً ملحوظاً بين الأفراد المكفوفين في استجاباتهم لكف البصر حيث قد يكتسب بعضهم قوة داخلية من وضعه الراهن، وقد يتقبل البعض وضعه كشخص كفيف، بينما قد لا يقبل آخرون ذلك الوضع. ومن الواضح أن الإعاقة البصرية تسبب بالفعل المزيد من الارتباك للفرد وذلك قياساً بغيرها من الإعاقات الأخرى وهو الأمر الذي يدفعنا إلى أن ندرك كف البصر بصورة غير مريحة، أو على أنه إعاقة يفضل البعض عليها تعرضهم لغيرها من الإعاقات لعدة أسباب من أهمها ما يلي :

1- أن كف البصر أو العمى يعتبر شيئاً ملحوظاً ندركه بمجرد النظر إلى الفرد ورؤيته وذلك على العكس من فقد السمع مثلاً حيث لا ندركه حتى نتحدث مع الفرد وننتظر رد فعله. كذلك فإن الشخص الكفيف عادة ما توجد معه بعض الرموز التي تدل عليه كالنظارة السوداء السميكة، والعصا، والكلب المرشد.

2- أن العينين تلعبان دوراً هاماً في التفاعل الاجتماعي فضلاً عن ذلك التعبير الانفعالي الذي يمكن أن تدل عليه وهو ما أدركه الشعراء وكتاب الدراما ومؤلفو الأغاني منذ عهد بعيد. كذلك فإن الأمر بالنسبة لنا يكون غير مريح عندما نتحدث مع أحد الأشخاص ونجده لا يستطيع أن يتواصل بصرياً معنا. وإلى جانب ذلك يفضل البعض التحدث وجهاً لوجه في بعض الأمور عن مجرد التحدث بشأنها عبر التليفون.

3- أن حاسة الإبصار ترتبط بمفهومنا عن الجمال بشكل مباشر وقوي حيث أنها تضيف على الفرد جمالاً، ويحصل من خلالها على الجمال، ويشعر به على أثر ذلك. كما أن مشاعرنا تجاه الآخرين غالباً ما ترتبط بشكل أساسي بذلك المظهر الجسمي الذي ندركه لهم.

4 - أن استخدامنا للغة يعزز وجهة نظر سلبية عن فقد البصر حيث ترى كليج Kleege (1999) أن كلمة أعمى تعني أكثر من مجرد عدم القدرة على الإبصار حيث قد تستخدم للدلالة على قصور الفهم، وعدم الإدراك. ومن ثم فإن الكلمة تستخدم بمعناها المجازي أكثر من معناها القاموسي حيث أننا إذا ما فتحنا أي كتاب فإننا سوف نجد فيه العديد من التشبيهات والاستعارات التي تتعلق بالعمى، والتي تربط العمى والعميان بالجهل والتشويش واللامبالاة وعدم الكفاءة.

وعلى الرغم من أن كف البصر يعد هو أقل الإعاقات المختلفة انتشاراً على الأقل بالنسبة للأطفال فإن جميع الأفراد دون استثناء يفزعون منه حيث أنه يمثل بالنسبة للكثيرين كما يرى جيرنيجان (1992) Jernigan الحالة الثالثة المفزعة التي يخشونها وذلك بعد كل من الإيدز والسرطان. ومع قليل من التفكير والتدبر يتضح أن قلقنا من العمى يعد غير منطقي حيث يمكن أن نعزو معظم فهمنا أو إدراكنا له إلى نقص خبرتنا في التفاعل مع أفراد من المعوقين بصرياً إذ أننا نظل حتى نتحدث إلى أفراد من هذه الفئة أو نقرأ عن تقديرهم للأصوات والروائح واللمس غير مدركين أن حاسة الإبصار ليست هي الحاسة الوحيدة التي تساعدنا على التمتع بالجمال أو التفاعل الاجتماعي مع الأفراد الآخرين. ومن جانب آخر نجد أن الشخص الكفيف مثله في ذلك كأي شخص معوق يريد أن نعامله كأي شخص آخر حيث أن معظم الأفراد المكفوفين لا يبحثون عن الشفقة ولا يسعون إلى الحصول على المساعدة غير الضرورية، ولكنهم يبحثون عن الاستقلال، وما يمكن أن يساعدهم على السلوك الاستقلالي. وسوف نوضح خلال هذا الفصل العديد من الحقائق التي ترتبط بكف البصر ومنها تلك الحقيقة التي قد لا يعرفها معظم المبصرين والتي تتمثل في أن غالبية الأفراد المكفوفين يمكنهم بالفعل أن يروا. ومن الأمور الخاصة بالإتيكيت والتي ينبغي علينا أن نتبعها عند التعامل والتفاعل الاجتماعي مع المكفوفين ما يلي :

1- أن نتحدث إليهم بشكل طبيعي وبسرعة عادية.

2- أن ننادي كلاً منهم باسمه كلما كان ذلك ممكناً.

3- أن نقوم بتحيتهم بمجرد دخولهم إلى الغرفة أو عند لقائهم.

4- أن نوضح لأي منهم في نهاية المحادثة معه أننا قد انتهينا منها حتى لا ندعه يتحدث بعد أن تكون المحادثة قد انتهت.

5- أن نشعر بالحرية وليس بالحرج عندما نتحدث مع أي منهم ونستخدم الكلمات أو الأفعال التي ترتبط بالإبصار.

6- ألا نجعل الواحد منهم يقف بمفرده في الفراغ عندما نقوم بدور المرشد له، وأن نمسك يده بإحكام أثناء السير.

7- أن نتسم بالهدوء والصراحة والوضوح فيما يتعلق بما يجب أن نفعله عندما نجد شخصاً كفيفاً في مأزق.

تعريف وتصنيف كف البصر

يعد التعريف القانوني والتعريف التربوي من أكثر الأساليب شيوعاً التي تستخدم في

سبيل وصف أولئك الأفراد المعوقين بصرياً. ويعتبر التعريف القانوني هو ذلك التعريف الذي يستخدمه عامة الناس والأطباء، أما التعريف التربوي فهو التعريف الذي يفضله التربويون في هذا المضمار. كذلك فإن أكثر تصنيفين يتم استخدامهما في هذا الخصوص هما كف البصر وضعف الإبصار. وسوف نعرض لهذين التعريفين على النحو التالي.

التعريف القانوني لكف البصر

يتضمن التعريف القانوني لكف البصر تقدير حدة الإبصار ومجال الرؤية، فالشخص الذي يعد كفيفاً من الناحية القانونية تصل حدة إبصاره إلى 20 / 200 أو أقل في أفضل العينين بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة كاستخدام النظارات أو العدسات، ويكون مجال الرؤية بالنسبة له ضيقاً بحيث لا يزيد أوسع قطر لزاوية الرؤية عن عشرين درجة. ويعني الكسر 20 / 200 أنه يرى على مسافة عشرين قدماً ما يراه الشخص العادي على مسافة مائتي قدم، وبذلك فإن حدة الإبصار العادية تكون 20 / 20 . أما تضمن التعريف القانوني لمجال إبصار ضيق فيعني أن الشخص قد تصل حدة إبصاره 20 / 20 في المجال الأوسط، ولكنها تقل بشكل شديد بالنسبة للرؤية الجانبية. هذا ويؤهل العمى القانوني الفرد للحصول على فوائد قانونية معينة كالحصول على بعض المزايا بالنسبة للضرائب والمبالغ المالية التي يتم دفعها في مقابل الحصول على مواد خاصة، وما إلى ذلك.

وإلى جانب هذا التعريف الطبي للعمى أو كف البصر هناك فئة أخرى يشار إليها على أنها ضعف الإبصار low vision وهي تلك الفئة التي يشار إليها أحياناً على أنها الرؤية الجزئية أو الإبصار الجزئي. وطبقاً للنسق الذي يعرضه التصنيف القانوني فإن الأفراد الذين يعدون من ضعاف البصر تتراوح حدة إبصارهم عادة بين 20 / 70 و 20 / 200 في أفضل العينين وذلك بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة.

التعريف التربوي

يرى معظم المختصين وخاصة التربويين أن التصنيف القانوني يعد غير ملائم حيث وجدوا أن حدة الإبصار لا تعد مؤشراً دقيقاً جداً للأداء الوظيفي للعين من جانب الفرد أو لاستخدامه ما يكون قد تبقى لديه من إبصار. وعلى الرغم من أن نسبة صغيرة من الأفراد المكفوفين قانوناً هم الذين لا يوجد لديهم أي إبصار، وأن غالبيتهم يمكنهم الرؤية إلى حد ما فإن الكثيرين من هذا المنطلق يجدون العديد من أوجه القصور في التعريف القانوني لكف البصر وضعف البصر ولذلك فإنهم يفضلون استخدام التعريف التربوي حيث يركز ذلك التعريف على طريقة الفرد وأسلوبه في قراءة التعليمات. ولأغراض تربوية فإن الأفراد الذين

يعدون مكفوفي البصر يعتبرون من المعوقين بدرجة كبيرة تفرض عليهم أن يتعلموا القراءة بطريقة برايل Braille أو يستخدمون الأساليب الشفوية aural في التعلم كشرائط التسجيل والاسطوانات على سبيل المثال. وتعد طريقة برايل بمثابة نسق يتألف من مجموعة نقاط بارزة بحيث يمكن بموجبها للأفراد المكفوفين أن يقرأوا وذلك بعد وضع أناملهم عليها. ويتكون هذا النسق من خلايا رباعية الزوايا تتضمن كل منها ما بين نقطة واحدة إلى ست نقاط يدل ترتيبها على مختلف الحروف والرموز. وعادة ما يشير التربويون إلى أولئك الأفراد الذين يمكنهم أن يقوموا بقراءة أي صفحة مكتوبة حتى وإن احتاجوا إلى أدوات مكبرة أو إلى كتب تتم كتابتها بخط كبير على أنهم ضعاف البصر. وعلى هذا الأساس يعرف الشخص ضعيف الإبصار من الناحية التربوية كما يشير كورن وكونيج (1996) Corn & Koenig على أنه ذلك الشخص الذي يجد صعوبة في إنجاز تلك المهام البصرية التي يتم تكليفه بها حتى عند استخدامه للعدسات الطبية المصححة، ولكنه مع ذلك يمكنه أن يطور من قدرته على إنجاز مثل هذه المهام باستخدام الاستراتيجيات البصرية التعويضية أو الأدوات التي يتم استخدامها لذلك بإدخال بعض التعديلات البيئية.

ومن المهم أن نذكر أنه على الرغم من أن الأشخاص ضعاف البصر يمكنهم قراءة صفحة مكتوبة على سبيل المثال فإن العديد من المختصين يعتقدون أن بعض هؤلاء الأفراد يمكنهم الاستفادة من استخدام طريقة برايل. ولذلك فقد أكدنا منذ قليل على أن الأفراد المكفوفين ينبغي أن يستخدموا طريقة برايل حتى يتمكنوا من القراءة على أثر ذلك .

نسبة الانتشار Prevalence

يعد كف البصر في الأساس إعاقة تسود خلال مرحلة الرشد حيث توضح معظم التقديرات أن معدل انتشار كف البصر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة يصل إلى عشر معدل انتشاره بين الراشدين. وتشير إحصاءات الحكومة الفيدرالية إلى أن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تبلغ حوالي 0.05% تقريباً من إجمالي عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 6-17 سنة بحيث يشمل ذلك كلاً من كف البصر وضعف البصر وهو الأمر الذي يجعل من الإعاقة البصرية إحدى أقل الإعاقات انتشاراً بين الأطفال.

تشريح وفسيولوجيا العين Anatomy and physiology of the Eye

يعد تشريح الجهاز البصري معقداً للغاية، ولذلك فسوف نركز في مناقشتنا له هنا على تلك الخصائص الأساسية المميزة له فقط. ويوضح الشكل (11-1) تشريح جهاز الإبصار والأداء الوظيفي للعين. ومن الواضح أن الشيء المادي يتحول بمجرد إبصاره إلى موجات

كهربية يتم إرسالها عن طريق العصب البصري إلى مركز الإبصار بالمخ الذي يوجد بالفصوص القذالية الموجودة في مؤخر الرأس Occipital lobes. وقبل أن تصل الأشعة الضوئية إلى العصب البصري فإنها تنعكس من الجسم المرئي وتمر خلال العديد من التكوينات داخل العين بحيث نجد أن هذه الأشعة الضوئية تتسم بما يلي:

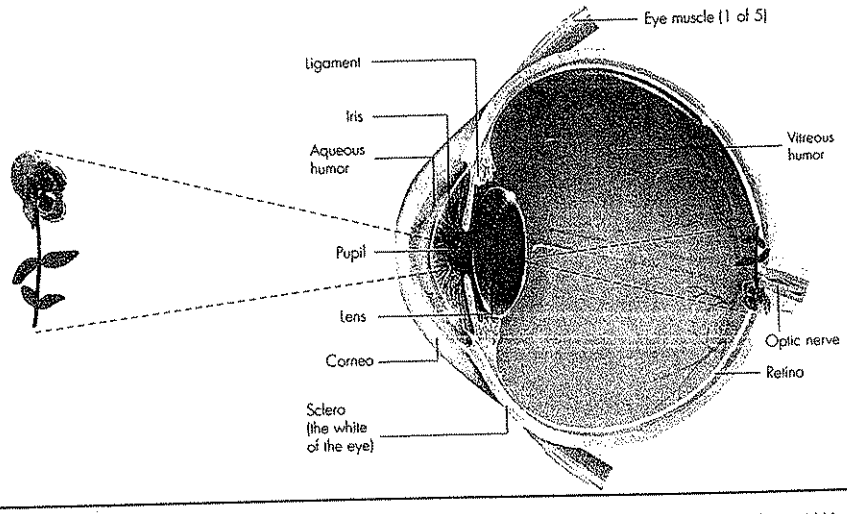
1- تمر عبر القرنية cornea التي تعد بمثابة غطاء شفاف يوجد أمام القزحية iris والبؤبؤ pupil والتي تقوم في الواقع بالدور الأكبر في انثناء أو انكسار الأشعة الضوئية refraction حتى تتكون الصورة في البؤرة.

2- تمر عبر الرطوبة المائية aqueous humor التي تكون عبارة عن مادة مائية watery substance توجد بين القرنية والعدسة lens.

3- تمر عبر البؤبؤ pupil الذي يعرف بإنسان العين وهو عبارة عن فتحة متقلصة أو منقبضة في وسط القزحية التي تمثل الجزء الملون من العين. ويقوم البؤبؤ في الواقع بالانكماش أو التقلص والتمدد وفقاً لكم الضوء الواصل إليه.

4- تمر عبر العدسة lens التي تقوم بتنقية وتغيير بؤرة الأشعة الضوئية قبل أن تمر بالجسم الزجاجيvitreous humor الذي يعد بمثابة مادة جيلاتينية شفافة تملأ مقلة العين eye ballوذلك في المنطقة بين الشبكية retinaوالعدسة.

5- تمثل بؤرة معينة على الشبكية التي تمثل الجزء الخلفي من العين والتي تتضمن الألياف العصبية المتصلة بالعصب البصري الذي يقوم بإعادة المعلومات إلى المخ.



شكل (11-1) الملامح التشريحية الأساسية للعين وعملية الإبصار قياس القدرة على الإبصار

غالباً ما تقاس القدرة على الإبصار عن طريق لوحة سنيلين Snellen chart التي تضم عدداً من الصفوف تتضمن حروفاً هجائية (بالنسبة للأفراد الذين يعرفون الحروف الهجائية)، أو حروف E للأطفال الأصغر سناً أو الذين لا يعرفون القراءة). وفي هذه الحالة الأخيرة يتم ترتيب حروف E في أوضاع متباينة، وتتعين المهمة التي ينبغي على الفرد أن يقوم بها في التعرف على اتجاهات أرجل هذا الحرف. ويتطابق كل صف مع إحدى المسافات التي يمكن للشخص ذي الإبصار العادي أن يميز عندها بين اتجاهات الحروف . Eهذا وتوجد ثمانية صفوف يتطابق كل منها مع أحد المسافات التالية : 15 ـ 20 ـ 30 ـ 40 ـ 50 ـ 70 ـ 100 ـ200 قدم. وعادة ما يتم اختبار مختلف الأفراد في الظروف العادية على الصف الذي يمثل تلك المسافة ذات العشرين قدماً، وإذا تمكنوا من التمييز بين اتجاه الحروف على هذا الصف الممثل لمسافة عشرين قدماً يقال إن حدة إبصارهم تساوي 20/20 حدة إبصار مركزية للمسافات البعيدة، أما إذا ما استطاعوا أن يميزوا اتجاهات الحروف الأكبر في الصف الذي يمثل السبعين قدماً فيقال إن حدة إبصارهم تسوي 70/20 حدة إبصار مركزية للمسافات البعيدة .

وعلى الرغم من أن لوحة سنيلين تستخدم على نطاق واسع، ويمكن أن يكون لها العديد من الفوائد المختلفة فإن لها على الأقل ثلاثة جوانب قصور كالتالي :

1- أنها تقيس حدة الإبصار للأجسام البعيدة وليس للأجسام القريبة، ولذلك يكون من الضروري وفقاً لتقرير معمل مينسوتا لأبحاث ضعف الإبصار Minnesota(1997) Labortary for Low- Vision Researchوويلكنسون Wilkinson (1996) أن يتضمن تقرير النتائج أن تكون حدة الإبصار في إطار المسافات البعيدة. ونظراً لأن العديد من الأنشطة التربوية وخاصة القراءة تتطلب حدة الإبصار من مسافات قريبة جداً فهناك كروت أو بطاقات صغيرة تتضمن أحجاماً مختلفة من الأشياء المطبوعة التي يمكن استخدامها في سبيل قياس حدة الإبصار القريبة.

2- أن حدة الإبصار كما تقاس عن طريق لوحة سنيلين لا تتطابق دائماً مع الكفاءة البصرية حيث تشير الكفاءة البصرية إلى القدرة على التحكم في حركة العين على سبيل المثال، وعلى تمييز الأشياء المختلفة من خلفياتها، والانتباه إلى التفاصيل ذات الأهمية. وهناك مقياس يقيس الكفاءة البصرية من إعداد باراجا وآخرين Barraga et.al. (1983).

3- أن حدة الإبصار لا تتطابق دائماً مع كيفية استخدام الطفل إبصاره في المواقف الطبيعية التي تتضمن ظروفاً بيئية متغيرة كالإضاءة الفلورسنت، والنوافذ التي تسمح

لأشعة الشمس بالدخول إلى المكان، والأرضيات المكسوة برقائق الفلين التي تعكس الأشعة بدرجة عالية، وما إلى ذلك.

ولتحديد كيفية استخدام الطلاب لإبصارهم في المواقف اليومية المختلفة يقوم المعلم كما يشير ويلكنسون (1996) Wilkinson بتقييم الإبصار الوظيفي حيث يلاحظ أداء الطفل للأنشطة اليومية، ويقوم بتدوين الملاحظات حول كيفية أدائه الوظيفي البصري في ظل مجموعة متباينة من الظروف (كأن يكون ذلك في طقس مشمس أو ملبد بالغيوم مثلاً)، وفي مجموعة مختلفة من المهام (كقراءة الكتب، والتحرك داخل الفصل، أو من فصل إلى آخر مثلاً). وكجزء من هذا التقييم يجب أن ينتبه المعلم لتلك الإشارات التي تدل على أن الطفل قد يعاني من إعاقة بصرية. وهناك العديد من الإشارات التي تدل على وجود مشكلات محتملة في العين والتي عرضت في الموقع الأمريكي بالإنترنت المسمى بالوقاية من العمىprevent blindnessوالتي تتضمن تلك السلوكيات التي تتعلق بالعين، والشكل الخارجي للعين، والشكوى من بعض الأمور التي تتعلق بالعين وذلك كما يلي:

أولاً: السلوكيات:

1- يدعك الطفل عينيه أو يفركهما بإفراط.

2- يحاول الطفل دوماً أن يغمض إحدى عينيه بشكل مستمر .

3- يميل برأسه دائماً إلى الأمام عند النظر إلى أي شيء.

4- يجد صعوبة في القراءة .

5- يمسك بالأشياء المختلفة ويقربها من عينيه .

6- يرمش بشكل أكثر من المعتاد ويصبح سريع الغضب أو الاستثارة عند قيامه بأي عمل يتطلب الفحص الدقيق للأشياء أو استخدام العينين عن قرب .

7- يكون غير قادر على رؤية الأجسام البعيدة بوضوح.

8- يتحرك جفناه معاً وكأنه أحول، وينظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين، أو يقطب جبينه.

ثانياً : الشكل الخارجي للعين :

9- تبدو عيناه متقاطعتين أو غير متوافقتين في حركتهما.

10- تكون عيناه حمراوتين وجفناه منتفخين .

11- تتساقط الدموع من عينيه بشكل مستمر.

12- يتكرر تعرضه لالتهابات العين وإصابة الجفنين .

ثالثاً: الشكوى:

13- حرقان شديد ومستمر في العين يؤدي إلى فركهما .

14- صداع ينتج عن أي عمل يتطلب الرؤية عن بعد .

15- عدم القدرة على رؤية الأشياء المختلفة بشكل جيد أو التمييز البصري لها .

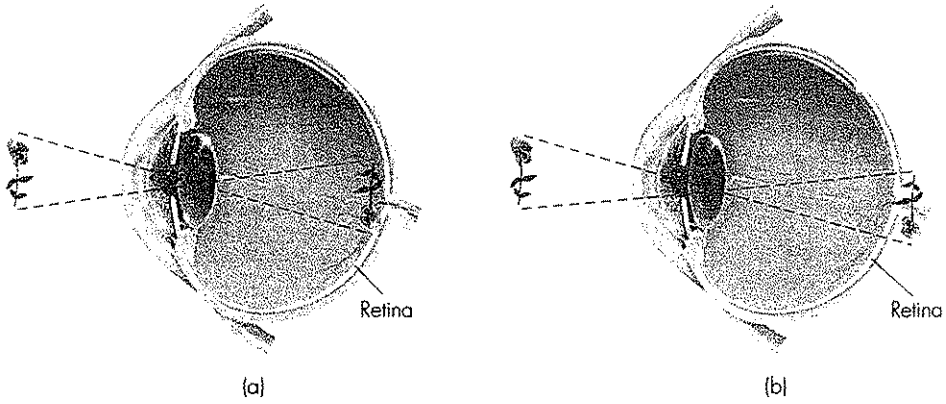
16- رؤية صور الأشياء مزدوجة.

أسباب الإعاقة البصرية

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأسباب أو العوامل المختلفة التي تعتبر مسئولة في الأساس عن حدوث كف البصر أو ضعف الإبصار. وتتباين مثل هذه العوامل بين تلك العوامل أو الأسباب التي يشيع انتشارها ومسئوليتها عن حدوث هذه الإعاقة خلال مرحلة الطفولة، والأسباب الأخرى التي تعد هي المسئولة عن حدوثها بعد مرحلة الطفولة. وقد ساهم التطور التكنولوجي بدرجة كبيرة في التعرف على مثل هذه الأسباب أو العوامل وتحديدها بشكل دقيق قياساً بما كان الأمر عليه من قبل، كما ساهم من جانب آخر وبما لا يدع مجالاً للشك في الوقاية منها، أو في علاج تلك الحالات التي تكون قد تأثرت بها .

وتعد المشكلات التي تنتج عن أخطاء انكسارية هي أكثر المشكلات البصرية شيوعاً. ويشير الانكسار refraction إلى انثناء الأشعة الضوئية عند مرورها عبر التكوينات المختلفة للعين. ومن أمثلة أخطاء الانكسار التي تؤثر على حدة الإبصار المركزية قصر النظر myopia وطول النظر hyperopia واللابؤرية أو الاستجماتيزم astigmatism. ورغم أن كلاً منها يعد خطيراً بما فيه الكفاية كي يمثل قدراً من الإعاقة حيث يعتبر قصر النظر وطول النظر أهم سببين لضعف الإبصار، فإن اللجوء إلى النظارة أو العدسات اللاصقة عادة ما يعيد الإبصار إلى حدوده العادية أي أن من شأنه أن يعالج تلك المشكلات.

هذا ويظهر قصر النظر عندما يكبر حجم كرة العين مما يؤدي بالأشعة الضوئية الصادرة عن الجسم المرئي كما في الشكل (11- 2 أ) إلى أن تتجمع أمام الشبكية وليس عليها مما يؤثر على رؤية الأشياء البعيدة، ولكنه قد لا يؤثر على رؤية الأشياء القريبة. أما عندما يصغر حجم كرة العين فيحدث طول النظر كما في الشكل (11-2ب). وفي هذه الحالة تتجمع الأشعة الضوئية الصادرة عن الجسم المرئي خلف الشبكية وليس عليها مما يؤثر على رؤية الأشياء القريبة بينما لا يؤثر على رؤية الأشياء البعيدة. أما إذا لم تكن القرنية أو عدسة العين عادية فإن اللابؤرية أو ما يعرف بالاستجماتيزم astigmatism سوف تحدث آنذاك حيث يتم في تلك الحالة تشويه الأشعة الضوئية التي تصدر عن الجسم المرئي.



شكل (11-2) بعض المشكلات البصرية الانكسارية (أ) قصر النظر (ب) طول النظر

ومن أكثر أنماط الإعاقة البصرية شيوعاً تلك الأنماط التي تسببها الجلوكوما أو المياه الزرقاء glaucoma والكاتارت أو المياه البيضاء cataracts والبول السكري diabetes وهي الحالات التي تحدث بصفة أساسية بين الراشدين وإن كان النوعان الأخيران يمكن أن يحدثا بين الأطفال أيضاً. وتعتبر المياه الزرقاء أو الجلوكوما وفقاً لتقرير مؤسسة بحوث الجلوكوما Glaucoma Research Foundation (2001) بمثابة مجموعة من أمراض العين التي تسبب ضموراً أو تلفاً للعصب البصري. وقد كان يتم النظر إليها من قبل على أنها نتيجة للضغط المرتفع داخل العين، أما الآن فقد اتضح أنه ليست كل حالات الجلوكوما تحدث لنفس هذا السبب حيث تحدث بعض الأنماط في حالة الضغط العادي للعين، وهذا يعني ويؤكد على أن الجلوكوما لا تحدث فقط في حالة ضغط العين المرتفع حيث هناك أنماط منها تحدث في حالة ضغط العين العادي. كذلك فإنه عادة ما تتم الإشارة إلى الجلوكوما على أنها اللص المتسلل للإبصار sneak thief لأنه غالباً ما يحدث دون وجود أي أعراض. ومع ذلك فإنه يمكن اكتشاف الجلوكوما عن طريق فحص العينين. ونظراً لأن هذا المرض عادة ما يحدث بين الأفراد الأكبر سناً (وبين الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي) فإن المختصين يوصون بضرورة إجراء الفحوص بصورة متكررة بدءاً من سن الخامسة والثلاثين، وبصفة أكثر تكراراً بين الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي.

أما الكاتاركت أو المياه البيضاء على الجانب الآخر فتنتج عن عتمة عدسة العين الأمر الذي يؤدي إلى الرؤية المشوشة. وتعرف هذه الحالة في الأطفال باسم المياه البيضاء الوراثية وهي

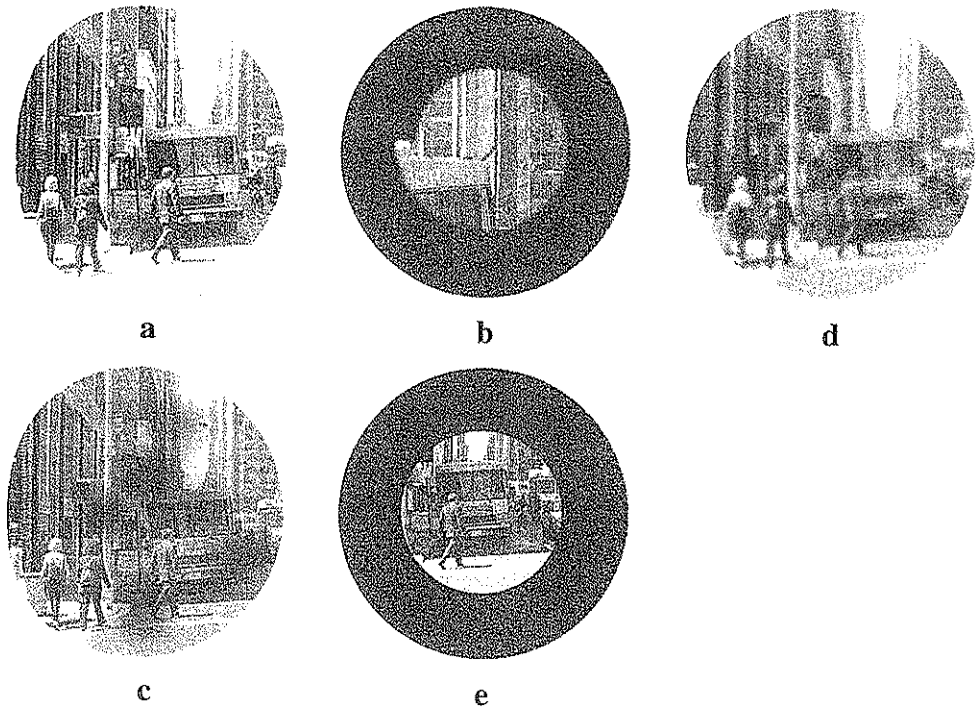
عادة ما تؤثر بشكل خطير على الرؤية البعيدة ورؤية الألوان. وعادة ما يتم تصحيح تلك المشكلات التي تنتج عن المياه البيضاء عن طريق الجراحة. أما البول السكري فهو عادة ما يؤدي إلى التهاب الشبكية الناتج عن البول السكري diabetic retinopathy وهي حالة تؤثر سلباً على وصول الدم إلى الشبكية. كذلك فهناك العديد من أنماط الإعاقة البصرية التي تؤثر في الأساس على الأطفال، وغالباً ما تنتج أنماط الإعاقة البصرية التي تلحق بالأطفال في سن المدرسة عن أسباب ترجع إلى فترة ما قبل الولادة، كما ترجع في غالبيتها إلى الوراثة، بينما تكون المياه البيضاء الوراثية والجلوكوما موجودتين عند الميلاد. وهناك حالة وراثية أخرى تعرف بالتهاب الشبكية الوراثي retinitis pigmentosa والتي تعد بمثابة مرض وراثي يرجع إلى حدوث تدهور في الشبكية، وهي الحالة التي يمكن أن تحدث في مرحلة المهد، أو الطفولة المبكرة، أو حتى خلال سنوات المراهقة. وتؤدي تلك الحالة بمجال الرؤية إلى أن يصبح ضيقاً وهي الحالة التي تعرف بالرؤية الضيقة أو انحسار مجال الرؤية tunnel vision .كما أنها من ناحية أخرى تؤثر بشدة على الرؤية في الضوء الخافت وهي تلك الحالة التي يشار إليها على أنها العمى الليلي night blindness وإلى جانب ذلك فإن الفئة التي تتضمن أسباب ما قبل الولادة تتضمن أيضاً تلك الأمراض المعدية التي تؤثر على الجنين مثل الزهري والحصبة الألمانية.

ووفقاً لما تقره وتؤكده مؤسسة الأطفال الرضع المكفوفين (2000- أ) Blind Babies Foundation هناك حالة أخرى يمكن أن تحدث خلال مرحلة الطفولة أو الرشد تعرف بالإعاقة البصرية الناتجة عن خلل في قشرة الدماغ أو اللحاء cortical والتي عادة ما تنتج عن حدوث تلف في أجزاء المخ المسئولة عن الرؤية أو الإبصار، أو عن حدوث خلل في الأداء الوظيفي لمثل هذه الأجزاء . ويمكن أن يكون هذا التلف أو ذلك الخلل ناتجاً عن مجموعة من الأسباب مثل العدوى أو السكتة الدماغية. ويتسم أولئك الأطفال الذين يعانون من مثل هذه الحالة بحدوث تذبذب كبير في قدرتهم على الإبصار من يوم إلى آخر، وغالباً ما يبدأون عمياناً ثم يميل إبصارهم إلى التحسن البسيط مع مرور الوقت.

وفضلاً عن ذلك تؤكد مؤسسة الأطفال الرضع المكفوفين (2000- ب) Blind Babies Foundation أن من الاكتشافات الطبية الحديثة للأسباب المؤدية إلى كف البصر تلك الحالة التي يشار إليها في الوقت الراهن على أنها التهاب الشبكية عند الأطفال المبتسرين retinopathy of prematurity والتي تؤدي بالتالي إلى نمو غير عادي للأوعية الدموية في العين. وقد كانت بداية الإشارة إلى ذلك في الأربعينيات من القرن الماضي وذلك

عندما تم اكتشاف تلك الحالة لدى بعض الأطفال الرضع المبتسرين. وقد أكد الباحثون في عقد الخمسينيات أن التركيز المفرط للأكسجين الذي يتم توفيره للأطفال المبتسرين يؤدي إلى حدوث العمى. وإذا كان الأكسجين يعد ضرورياً للحيلولة دون حدوث تلف بالمخ فإن إعطاءه للأطفال المبتسرين بكميات كبيرة جداً يؤدي في الواقع إلى حدوث تلك الحالة لديهم وهو الأمر الذي جعل إدارة المستشفيات تحرص جيداً على تحديد كميات الأكسجين اللازمة للأطفال المبتسرين. ومع تلك التطورات التي شهدها المجال الطبي في هذا الصدد انخفضت نسبة الوفيات بين الأطفال المبتسرين، ولكنهم في سبيل بقائهم على قيد الحياة يحتاجون إلى كميات مرتفعة جداً من الأكسجين وهو الأمر الذي يؤدي دون شك إلى تعرضهم لمخاطر التهاب الشبكية من جراء ذلك. وعلاوة على ذلك فإن معظم المختصين في الوقت الراهن يعتقدون أن التهاب الشبكية عند الأطفال المبتسرين يمكن أن ينتج في واقع الأمر عن عوامل أخرى غير الإفراط في الأكسجين، وأن مثل هذه العوامل ترتبط في الواقع بالولادة المبتسرة .

وهناك إلى جانب ذلك حالتان أخريان تؤديان إلى حدوث مشكلات في الإبصار، ويمكن جمعهما معاً وتصنيفهما في فئة واحدة نظراً لأنهما ينتجان عن اختلال في الأداء الوظيفي العضلي للعين أي أنهما من المشكلات التي ترتبط بالجانب العضلي للعين هما الحول واهتزاز مقلة العين. ويعد الحول strabismus بمثابة حالة تتجه فيها إحدى العينين أو كلتاهما نحو الداخل أو نحو الخارج. وإذا لم نقم بعلاج تلك الحالة فإنها يمكن أن تؤدي إلى حالة من العمى الدائم نظراً لأن المخ سوف يرفض في النهاية تلك الإشارات التي تصل إليه من عين منحرفة. ولحسن الحظ فإن معظم حالات الحول تعتبر قابلة للتصحيح سواء عن طريق تمارين للعين أو عن طريق الجراحة. وأحياناً ما تتضمن تلك التمارين المخصصة للعين eye exercises أن يضع الفرد قطعة لصوق على عينه السليمة لفترات من الوقت حتى يجد نفسه مجبراً على استخدام العين المنحرفة. أما الجراحة فتتضمن إحكام أو إرخاء العضلات التي تتحكم في حركة العين. بينما يعتبر اهتزاز مقلة العين nystagmus على الجانب الآخر حالة تتسم بحدوث حركات لاإرادية سريعة للعين، وعادة ما تؤدي مثل هذه الحالة إلى شعور الفرد بالدوخة أو الدوار والغثيان. وأحياناً يكون اهتزاز مقلة العين إشارة تدل في الواقع على اختلال الأداء الوظيفي للمخ، أو حدوث مشكلات في الأذن الداخلية، أو كليهما. وقد ساهمت التطورات التكنولوجية في المجال الطبي في علاج هاتين الحالتين بشكل كبير.



الكيفية التي يرى بها أفراد معينون من المعوقين بصرياً العالم من حولهم

أ- الرؤية العادية . ب- الجلوكوما . جـ- الكاتاركت.

د- التهاب الشبكية الناتج عن البول السكري. هـ- التهاب الشبكية الوراثي.

الخصائص النفسية والسلوكية المميزة للمكفوفين وضعاف البصر

Psychological and Behaviord Characteristics

هناك العديد من الخصائص والسلوكية التي تميز الأفراد المكفوفين وضعاف البصر يمكن أن نعرض لبعضها على النحو التالي:

النمو اللغوي:

يعتقد معظم المختصين أن القصور في الإبصار ليس له أثر دال على قدرة الطفل على فهم اللغة واستخدامها، ويشيرون في هذا الإطار إلى نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال والتي توضح أن الأطفال المعوقين بصرياً لا يختلفون عن أقرانهم المبصرين في اختبارات الذكاء اللفظية. ونظراً لأن الإدراك السمعي قياساً بالإدراك البصري يعد هو

الوسيلة الحسية التي نتعلم اللغة عن طريقها فلن يكون من المدهش أن تكشف تلك الدراسات عن أن الأفراد المكفوفين غير معوقين في الأداء الوظيفي اللغوي حيث أن الطفل الكفيف لا يزال قادراً على أن يستمع إلى اللغة، وقد تتم إثارته على استخدام اللغة بدرجة تفوق قرينه المبصر لأنها هي القناة الأساسية التي يستطيع بموجبها أن يتواصل مع الآخرين.

ومع ذلك فهناك كما يرى بيريز- بيريرا وكونتي- رامسدين (1999) Perez- Pereira & Conti- Ramsden بعض الفروق الدقيقة في تلك الطريقة التي تتطور اللغة بها عند الأطفال وخاصة الأطفال الرضع المعوقين بصرياً حيث يوجد تأخير في المراحل الأولى لنمو اللغة بالنسبة لأولئك الأطفال الرضع المعوقين بصرياً إذ تميل أولى الكلمات التي ينطقون بها إلى أن تحدث في وقت متأخر قياساً بأقرانهم المبصرين، ورغم ذلك فبمجرد أن يبدأوا في إصدار الكلمات تزداد مفرداتهم اللغوية بشكل سريع.

القدرة العقلية:

تتضمن القدرة العقلية بالنسبة لهؤلاء الأطفال بعض الأبعاد التي يمكن أن نعرض لها بشيء من التفصيل على النحو التالي:

الأداء على اختبارات الذكاء المقننة: كان من الشائع بين الباحثين مقارنة مستوى ذكاء الأفراد المبصرين بمستوى ذكاء أقرانهم المكفوفين. وقام صامويل هاييزSamuel Hayes رائد قياس الذكاء للمكفوفين منذ الأربعينيات من القرن الماضي بأخذ بعض البنود اللفظية من أحد اختبارات الذكاء الشائعة حتى يقيس ذكاء المكفوفين، وكان مبدأه في ذلك يقوم على أنه لا يجب أن يخسر الأفراد المكفوفون ميزة اعتماد الاختبار المستخدم على البنود اللفظية. ومن ثم فإن هذا النوع من الاختبارات سوف يكون بمثابة مقياس للذكاء أكثر دقة من تلك الاختبارات التي تتضمن بنوداً ذات طبيعة بصرية. أما الآن فإن معظم المختصين يعتقدون كما يرى وارين (1994) Warren أن مثل هذه المقارنة تعتبر مستحيلة لأن العثور على اختبارات تصلح للمقارنة يعد أمراً صعباً للغاية. ومن المعروف أنه لا يوجد هناك أي سبب يجعل من شأن كف البصر أن يؤدي إلى انخفاض معدل الذكاء.

القدرات الحسية: يشير بيريز- بيريرا وكونتي- رامسدين (1999) Perez- Pereira & Conti- Ramsden إلى أنه من الصعب جداً قياس أداء الأطفال المكفوفين عن طريق استخدام مهام للقدرات الحسية ذات نمط معملي. ولكن معظم الباحثين قد قاموا في الواقع باستخدام تلك المهام الحسية التي أعدها وقدمها في الأساس عالم النفس السويسري جان بياجيه Jean Piagetوتوصلوا إلى أن الأطفال الرضع المكفوفين أو الأطفال المكفوفين الأصغر سناً

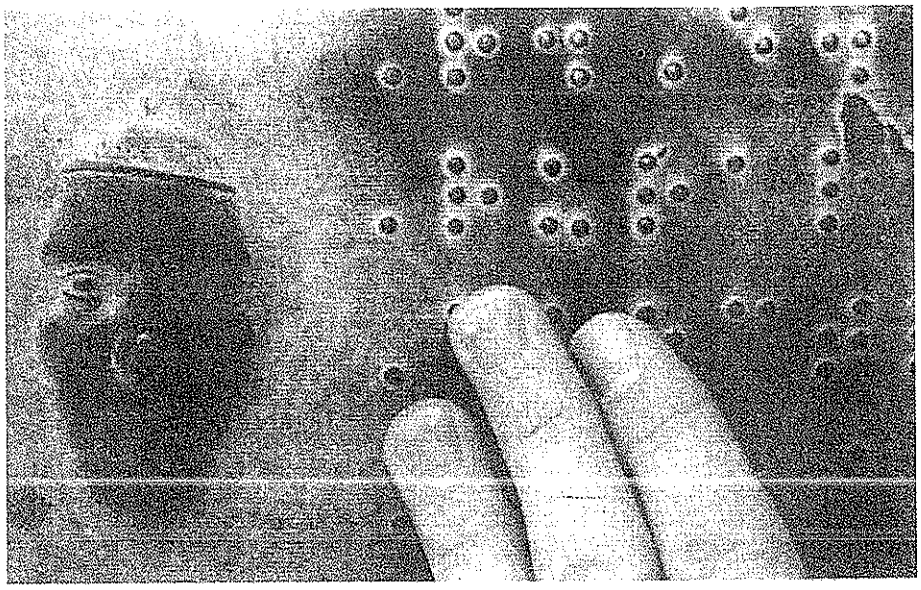
يتأخرون في ذلك عن أقرانهم المبصرين وهو الأمر الذي يتم عزوه إلى حقيقة أن هؤلاء الأطفال المكفوفين يعتمدون بدرجة كبيرة على اللمس حتى يصلوا إلى إدراك معظم الأشياء، وأن اللمس يعد أقل كفاءة قياساً بالبصر. ومع ذلك فإن مثل هذا التأخر الذي يظهر منذ البداية لا يدوم طويلاً وخاصة بعد أن يبدأوا في استخدام اللغة لجمع المعلومات عن تلك البيئة التي يعيشون فيها. ورغم ذلك يبقى اللمس كما يشير هل (1990) Hull بمثابة حاسة غاية في الأهمية طوال حياة الفرد وذلك بالنسبة للمكفوفين حيث يعد الأمر في هذا المضمار كما وصفه أحد الأفراد المكفوفين على أنه يرى بأصابعه.

ومن الجدير الذكر أن هناك فرقاً هاماً كما يرى بيريز- بيريرا وكونتي- رامسدين (1999) Perez- Pereira & Conti- Ramsden بين الأفراد المكفوفين وأقرانهم المبصرين يتمثل في أن الأفراد المكفوفين يحتاجون إلى القيام بمزيد من المبادرات حتى يتمكنوا من تعلم كل ما يمكنهم أن يتعلموه من البيئة، أما الأطفال الرضع أو الأطفال الأصغر سناً المبصرين فيمكنهم أن يقوموا بجمع كم كبير من المعلومات البصرية بالصدفة أو بشكل عارض وهو ما يعني أن العالم يأتي إليهم، أما بالنسبة للأطفال الصم فإنهم يحتاجون إلى أن يخرجوا بأنفسهم إلى العالم من حولهم حتى يتمكنوا من الحصول على بعض المعلومات التي يحصل عليها أقرانهم المبصرون. ومن جانب آخر فإن اكتشاف البيئة حركياً لا يعد أمراً سهلاً بالنسبة للأطفال الرضع أو الأطفال الأصغر سناً المكفوفين حيث يعاني معظمهم من تأخر في مهاراتهم الحركية كالوقوف والحبو والمشي. ويشير ويلر وآخرون (1997) Wheeler et.al. إلى ما يؤكده العديد من الأخصائيين وما يوصون به في هذا المضمار من ضرورة قيام الراشدين ببذل قصارى جهدهم في سبيل تشجيع الرضع والأطفال الأصغر سناً من المكفوفين حتى يتمكنوا من استكشاف بيئتهم. وفضلاً عن تشجيع الأطفال المكفوفين على استكشاف البيئة من حولهم يرى وبستر ورو (1998) Webster & Roe أنه يجب على الآباء والمعلمين أن يعملوا على توفير قدر مناسب من التعليم المكثف لهؤلاء الأطفال حتى يساعدونهم بذلك على تطوير قدراتهم الحسية بحيث يتمكنون على أثر ذلك من تكوين المفاهيم المختلفة.

التوجه والحركة

تعتبر مهارات التوجه والحركة ذات أهمية كبيرة في تحقيق التوافق الناجح من جانب الأفراد المعوقين بصرياً. وعادة ما تشير تلك المهارات إلى قدرة الفرد على إدراك أين يقف هو قياساً بغيره من الأفراد الآخرين، والأشياء، والعلامات المميزة (أي التوجه)، وقدرته على التحرك خلال تلك البيئة التي يوجد فيها (أي الحركة). ويشير أوكايتا وهويرتاس (1993) Ochaita& Huertas إلى أن هذين النوعين من المهارات يعتمدان بدرجة كبيرة على

القدرة المكانية للفرد وهي تلك القدرة التي تستمر في النمو بالنسبة للأفراد المكفوفين من الطفولة وحتى مرحلة المراهقة حيث لا تصل إلى نموها الكامل إلا خلال سنوات المراهقة.



أمثلة لبعض الحروف بطريقة برايل على قطعة من البرونز

ويحدد المختصون طريقتين يمكن للأفراد المكفوفين من خلالهما تجهيز المعلومات المكانية بحيث يتناولون مثل هذه المعلومات وفقاً للأولى على أنها متتالية أو متتابعة، بينما يتناولونها وفق الطريقة الثانية على أنها خريطة عقلية تحدد العلاقات العامة لتلك النقاط المختلفة التي تتضمنها البيئة التي يوجد الفرد فيها. وتعتبر الطريقة الأخيرة والتي تسمى بالخريطة العقلية أو المعرفية cognitive mapping هي الأسلوب المفضل من جانب الأفراد المكفوفين في هذا الإطار نظراً لأنها توفر في واقع الأمر قدراً أكبر من المرونة في الحركة والتنقل في المكان. فإذا ما نظرنا إلى ثلاث نقاط متتالية هي أ، ب، جـ على التوالي مثلاً فإن النمط المتتالي أو المتتابع لتجهيز المعلومات المكانية يقيد حركة الفرد، وبالتالي فإنه يتحرك من النقطة (أ) إلى النقطة (جـ) فقط عن طريق النقطة (ب)، في حين يمكن للفرد الذي توجد لديه خريطة عقلية لتلك النقاط الثلاث أن ينتقل من (أ) إلى (جـ) مباشرة دون أن يجد نفسه مضطراً للمرور بالنقطة (ب). وعلى الرغم من أن قيام الفرد الكفيف برسم أي خرائط عقلية لا يعد مستحيلاً على الإطلاق فإنه يعتبر أمراً صعباً للغاية نظراً لكونه محروماً من حاسة الإبصار تلك الحاسة التي تسمح لنا بعمل تصور معين للبيئة المادية التي نوجد فيها، وتحديد مكاننا فيها على وجه الدقة دون أن نضطر إلى تذكر أي من هذه المعلومات. كما أننا عندما ندخل مكاناً لا نألفه

فإننا نلقي نظرة سريعة عليه، ونحدد مكاننا فيه بالنسبة لبعض الأماكن أو المعالم المألوفة أو المعروفة فيه، فعندما ندخل فصلاً غير مألوف لنا نلقي نظرة سريعة عليه، ونحدد مكاننا فيه، ثم نحدد مكان ذلك الفصل بالنسبة للمكتبة مثلاً أو دورة المياه أو حجرة الكمبيوتر، أو ما إلى ذلك وهو الأمر الذي يعد مشكلة بالنسبة للطفل الكفيف نظراً لأن ذلك يتطلب الحصول على معلومات متكاملة، ومعرفة التفاصيل الصغيرة والدقيقة حتى يتمكن من تكوين مفهوم عن الكل يستطيع على أثره أن يتذكر بعد ذلك ما يضمه هذا الكل من تفاصيل مختلفة.

وجدير بالذكر أن مهارات الحركة تتباين بشكل كبير بين الأفراد المكفوفين بحيث يصعب أن نتنبأ بأي منهم سيكون هو الأفضل في تحركه من نقطة إلى أخرى في تلك البيئة المكانية التي يوجد فيها. فعلى سبيل المثال يمكننا أن نحدد من خلال المنطق أن الشخص الذي توجد لديه بقايا بصرية أو ذلك الشخص الذي فقد بصره في وقت متأخر من حياته سوف يكون بمقدوره أن يتحرك في المكان بشكل أفضل. إلا أن ذلك لا يكون هو الحقيقة دائماً إذ أن تحرك الفرد الكفيف في البيئة المكانية يعتمد بدرجة كبيرة على مقدار دافعيته لذلك، وما يكون قد تلقاه من تعليم مناسب وتدريب يتعلق بذلك. ومن ثم فإن الدافعية والتعليم يمثلان من هذا المنطلق بالنسبة له عاملين حاسمين وذوي أهمية كبيرة في هذا الإطار.

الإحساس بوجود العقبات في المكان : يتسم بعض الأفراد المكفوفين بقدرتهم على اكتشاف وجود العقبات المادية في بيئتهم المكانية، فعندما يسيرون في الشارع على سبيل المثال فإنهم غالباً ما يتمكنون من الإحساس بوجود شيء ما في طريقهم. وتعرف هذه القدرة بأنها الإحساس بوجود العقبات في المكان obstacle sense. ويرى هل (1990) Hull أن هذا المصطلح قد يكون هو الذي دفع بالكثير من عامة الناس إلى الاعتقاد بأنه عادة ما تتطور حاسة إضافية لدى الأفراد المكفوفين، وإن كان من السهل أن نكتشف كيف نشأ مثل هذا المفهوم الخاطئ فإن الأفراد المكفوفين يجدون صعوبة كبيرة في تفسير تلك الظاهرة. هذا وقد أثبتت التجارب العديدة التي تمت والدراسات التي أجريت في هذا الإطار أن الأفراد المكفوفين عندما يمرون بالعديد من الخبرات المختلفة يصبح باستطاعتهم أن يكتشفوا حدوث أي تغيرات دقيقة تحدث للنغمات الصوتية التي يسمعونها من الترددات العالية لصدى الأصوات المختلفة أثناء سيرهم باتجاه مختلف الأشياء الموجودة في البيئة المكانية. وفي الواقع فإننا نلاحظ أنهم يمتازون فيما يعرف بظاهرة دوبلر Doppler effect وهي تلك الظاهرة التي تعد بمثابة أحد المبادئ الفيزيائية التي ترى أن نغمة الصوت ترتفع عند تحرك الفرد باتجاه مصدر ذلك الصوت.

ورغم أن الإحساس بوجود العقبات في المكان يمكن أن يكون ذا أهمية كبيرة فيما يتعلق بحركة الفرد الكفيف في المكان فإن مثل هذا الإحساس في حد ذاته لا يعد كافياً حتى يجعل من هذا الفرد الكفيف أو ذاك شخصاً لديه كفاءة عالية في التحرك في المكان، ولكنه يعتبر مجرد وسيلة مساعدة في سبيل تحقيق ذلك، ولا يزيد عن مثل هذا الأمر. كذلك فإن الضوضاء الخارجية كتلك الضوضاء التي تصدر عن حركة المرور في الشارع، أو الكلام، أو المطر، أو الريح يمكنها أن تعوق مثل هذا الإحساس وخاصة إذا لم يكن الفرد يستغله بشكل مستمر. وإلى جانب ذلك فإن الأمر يتطلب من الفرد بطبيعة الحال أن يسير بشكل بطئ نسبياً حتى يتمكن من الاستجابة في الوقت المناسب.

خرافة حدة الحواس : يشهد الواقع أن هناك العديد من الخرافات التي يعتقد فيها عامة الناس، ومن هذه الخرافات ما يعتقده البعض من أنه عادة ما تتطور حاسة إضافي لدى الأفراد المكفوفين ، وأن حواسهم المختلفة تتحول بشكل تلقائي لتصبح أكثر حدة. ومع ذلك فنحن لا ننكر أن الأفراد المكفوفين لا توجد لديهم عتبة إحساس منخفضة فيما يتعلق باللمس والسمع. أما ما يمكن أن يفعله مثل هؤلاء الأفراد إنما يتمثل في استغلال حواسهم الأخرى بشكل أفضل حتى يمكنهم أن يحققوا بعض التعويض لتلك الحاسة التي افتقدوها. ويمكنهم من خلال التركيز والانتباه أن يتعلموا التوصل إلى التمييز الدقيق بين الأشياء المختلفة.

ومن جانب آخر فإن البعض يعتقد كذلك أن الأفراد المكفوفين تتطور لديهم بشكل تلقائي موهبة موسيقية فائقة وهو الأمر الذي يجعل البعض منهم يتخذ من الموسيقى مهنة له، إلا أن ذلك يرجع في الواقع إلى أن الموسيقى تعد من المجالات التي يمكن لمثل هؤلاء الأفراد في الواقع أن يحققوا فيها النجاح.

التحصيل الأكاديمي

يتفق معظم المختصين على أنه عند مقارنة مستوى التحصيل الأكاديمي للطلاب المكفوفين بمثيله لدى أقرانهم المبصرين فإنه ينبغي أن يتم تفسير ذلك، أو تفسير ما يمكن أن تسفر عنه تلك المقارنة بحذر وحرص شديدين نظراً لأنه يجب أن يتم اختبار كلتا الفئتين في ظل ظروف مختلفة. ولذلك فإن هناك نسخاً من بعض الاختبارات التحصيلية مكتوبة بطريقة برايل أو بخط كبير. وقد كشفت نتائج الدراسات القليلة التي تناولت مثل هذه المقارنات كما يرى راب وراب Rapp &Rapp (1992) عن أن مستوى التحصيل لكل من الطلاب المكفوفين وضعاف البصر يتدنى عن مثيله لدى أقرانهم المبصرين. كما يعتقد معظم المختصين أيضاً أنه إذا ما وصل الأمر إلى حدوث انخفاض في التحصيل من جانب هؤلاء الطلاب المكفوفين فإن الأمر لا

يرجع في مثل هذه الحالة إلى كف البصر في حد ذاته بقدر ما يرجع إلى عوامل أخرى من شأنها أن تؤدي إلى ذلك من أهمها انخفاض توقعاتنا من أولئك الأفراد المكفوفين أو حتى ضعاف البصر من ناحية، أو عدم تدريبهم بشكل كاف على استخدام طريقة برايل من ناحية أخرى وهي تلك الطريقة التي لا تزال تمثل الأساس في تعلمهم الأكاديمي على وجه الخصوص رغم ما حدث من تطورات كبيرة فيما يتعلق بتعليم هؤلاء الأفراد.

التوافق الاجتماعي

كان المختصون يعتقدون أن الأفراد المعوقين بصرياً يعدون في خطر يعرضهم للعديد من مشكلات الشخصية، إلا أن معظم هؤلاء المختصين يعتقدون في الوقت الراهن أن مشكلات الشخصية ليست حالة ملازمة لكف البصر. أما المشكلات الاجتماعية التي يمكن أن يواجهها هؤلاء الأفراد فإنها من الأكثر احتمالاً أن تظهر بسبب ردود الفعل غير الملائمة من جانب المجتمع لكف البصر، وليس بسبب الخلل الذي يوجد في شخصية هؤلاء الأفراد.

وجدير بالذكر أن معظم هذه الأشياء غير الملائمة إنما ترجع إلى عدم ألفة الشخص العادي بالأفراد المكفوفين. ونظراً لعدم وجود أي معارف لنا من المكفوفين فإننا لم نعتد على أنماطهم المعتادة في التفاعل الاجتماعي. كما أنه قد يكون من الصعب على بعض الأفراد المكفوفين أن يكتسبوا تلك المهارات الاجتماعية التي يكتسبها المبصرون بشكل طبيعي. ويعتبر الابتسام من الأمثلة المناسبة لذلك حيث يعد بمثابة إشارة بصرية يقوم بها المبصرون في سبيل تقديم التغذية الراجعة لبعضهم البعض، ومع ذلك فإن الابتسام بالنسبة لبعض الأفراد المعوقين بصرياً لا يعد استجابة اجتماعية وذلك على العكس مما هو الحال بالنسبة لأقرانهم المبصرين. وقد قام جون هل John Hull الذي تدهورت قدرته على الإبصار تدريجياً بكتابة وتدوين خبراته، وذكر أنه كان يضحك كثيراً، وكان يشعر بذلك ويدركه تماماً، كما كان يدرك ما يبذله من مجهود عضلي في سبيل ذلك، ولكنه لم يكن يدعي الضحك أو يتظاهر به حيث قد أصبح الضحك بالنسبة له بمثابة جهد شعوري يرجع إلى عدم وجود أي تعزيز بالنسبة له حيث لا توجد ابتسامة أخرى من شخص آخر في مقابل مثل هذه الابتسامة. ونظراً لأن معظم الابتسام يعتبر استجابياً فإن الفرد يبتسم بشكل تلقائي عندما يبتسم له شخص آخر وهو الأمر الذي وجده هل Hull بالنسبة له غير ذلك لأنه في الواقع لم ير أي ابتسامة، ولم يدركها حتى ابتسامته هو في حد ذاتها إذ أنه لا يدرك كذلك ما إذا كانت مثل هذه الابتسامة تصدر عنه في الاتجاه الصحيح أم أن الأمر غير ذلك.

وللأسف فإن الأفراد المكفوفين لا يتمكنون من تغيير أسلوبهم في التفاعل الاجتماعي حتى يتوافقون مع تلك الظروف المحيطة بهم، ولذلك فإن الأفراد المبصرين يعدون مسئولين عن

التواصل الخاطئ مع هؤلاء الأفراد المكفوفين. وفي الواقع فإنه لا يستفيد بعض المكفوفين فحسب من ذلك التعليم الذي يتم تقديمه لهم بخصوص استخدام الإشارات البصرية الملائمة كتعبيرات الوجه، وهز الرأس، والإيماءات، بل إن الأفراد المبصرين أيضاً يمكنهم أن يتعلموا استخدام مهاراتهم التليفونية الطبيعية عندما يتواصلون مع أقرانهم المكفوفين. فعندما يتحدث شخصان من المبصرين في التليفون مثلاً فإنهما يستخدمان كما يرى فيتشتين وآخرون Fichten et.al (1991) مجموعة من الإشارات السمعية التي تساعدهم على التواصل حتى ولو لم يريا بعضهما البعض كأن يقولا باستمرار بعض الكلمات التي تسهم في استمرار التواصل من قبيل (آه - أوه - نعم)، أو يقوما بتغيير نغمة الصوت وفقاً لذلك الحديث الذي يدور بينهما. ومن هذا المنطلق فإنه إذا ما قام الأفراد المبصرون باستخدام نفس هذه الاستراتيجيات عند تفاعلهم مع الأفراد المكفوفين فإن التواصل بينهما سوف يكون أكثر سلاسة.

السلوكيات النمطية

تمثل السلوكيات النمطية كالحركات التكرارية التي تصدر عن المكفوفين، أو تلك الحركات النمطية التي تخضع لقالب معين لا يتغير مثل هزهزة الجسم أو تأرجحه، وضرب العين بقبضة اليد، أو فرك العينين، أو الحركات المتكررة باليد أو الإصبع أو التكشير مصدراً من المصادر التي تحول دون التوافق الاجتماعي لبعض الطلاب المعوقين بصرياً. ويمكن أن تبدأ تلك السلوكيات في وقت مبكر من حياة الطفل وذلك عندما يصل إلى بضعة شهور قليلة من العمر. وقد تم استخدام مصطلح العميانيات blindisms لسنوات عديدة كي يشير إلى مثل هذه السلوكيات لأنه كان من المعتقد أ تلك السلوكيات تظهر بين المكفوفين فقط، ومع ذلك فإنها أحياناً ما تعد من الخصائص المميزة للأطفال المتخلفين عقلياً. ويشير وارين (1994) Warren إلى أن هناك العديد من النظريات التي تعمل على تفسير مثل هذه السلوكيات النمطية، وتبحث عن تلك الأسباب التي تكمن خلفها حيث يعتقد البعض على سبيل المثال أنها تعتبر محاولة من جانب الفرد لإثارة نفسه كوسيلة لتعويض النقص النسبي في الإثارة الاجتماعية أو الحسية. ويعتقد آخرون أنها تعتبر بمثابة محاولة من جانب الفرد في سبيل التنظيم الذاتي للإثارة التي يتعرض لها في مواجهة الإثارة الزائدة. ويعتقد المختصون أن هذه السلوكيات في كلتا الحالتين تهدف إلى تثبيت مستوى إثارة الفرد.

وهناك اختلاف حول كم التدخل من جانب الفرد لخفض السلوكيات النمطية أو الحد منها حيث أنها إذا ما زادت ووصلت إلى حدها الأقصى من ناحية فإنها تحول دون التعلم والتنشئة الاجتماعية المناسبة، وقد تؤدي إلى كثير من الإصابات الجسمية. ومن ناحية أخرى

فإنها إذا لم تصل إلى ذلك الحد الأقصى فإنها تسهم في الإبقاء على مستوى مناسب من الإثارة. ومن الجدير بالذكر أن الجميع يتفق في هذا الإطار على شيء واحد كما يرى إستيفيز وكونيج (1994) Estevis &Koenigوفان روسين وهيد (1994)& Van Reusen Headوماك آدمز وآخرون (1993).McAdams et.al وروس وكونيج (1991) Ross & Koenig هو أنه من الصعب جداً أن نقلل من تلك السلوكيات النمطية، أو نحد منها وإن كان التدريب المعرفي وما وراء المعرفي يفيد كثيراً في الإقلال منها وهو ما أكدته النتائج التي توصلت إليها إحدى الفرق البحثية عندما واجهت طالباً كان يقوم بالتصفيق المستمر بيديه إلى جانب الهزهزة بجسمه وأرجحته فكانوا يطلبون منه عندما كان يشرع في تلك الأرجحة أن يقول لنفسه إنه لا يريد أن يفعل ذلك. وقد استطاعوا عن طريق مثل هذا الإجراء أن يقللوا من الهزهزة بالجسم أو أرجحته وهو ما يعني حدوث تحكم معرفي من جانب ذلك الطالب في سلوكه.

بعض الاعتبارات التربوية Eduactional Considerations

مما لا شك فيه أن فقد البصر يمكن أن يحد بدرجة كبيرة من خبرات الفرد نظراً لأن إحدى الوسائل الأولية للحصول على المعلومات من البيئة تكون غير متوفرة. ومما يزيد من صعوبة الموقف أن الخبرات التربوية في الفصل العادي تعتمد في غالبيتها على حاسة الإبصار مما يجعلها بصرية. ومع ذلك فإن معظم الخبراء يتفقون على أن الطلاب المعوقين بصرياً ينبغي أن يتعلموا بنفس الأسلوب العام الذي يتعلم به أقرانهم المبصرون. ولكي يتم تعليم هؤلاء الطلاب المكفوفين يجب أن يقوم المعلمون بعمل بعض المواءمات، ومع ذلك يمكنهم أن يقوموا باستخدام نفس المبادئ التربوية العامة وإن ظل هناك فرق هام في تعليم الطرفين يتمثل في أن الطلاب المعوقين بصرياً يعتمدون في تعلمهم وفي اكتساب المعلومات على الحواس الأخرى.

وجدير بالذكر أن الطالب الكفيف أو ضعيف الإبصار يحتاج إلى حدوث بعض التعديلات أو المواءمات الخاصة في أربع مجالات أساسية هي :

1- استخدام طريقة برايل .

2- استغلال الإبصار المتبقي أو بقايا الإبصار الموجودة لديه.

3- مهارات الإنصات.

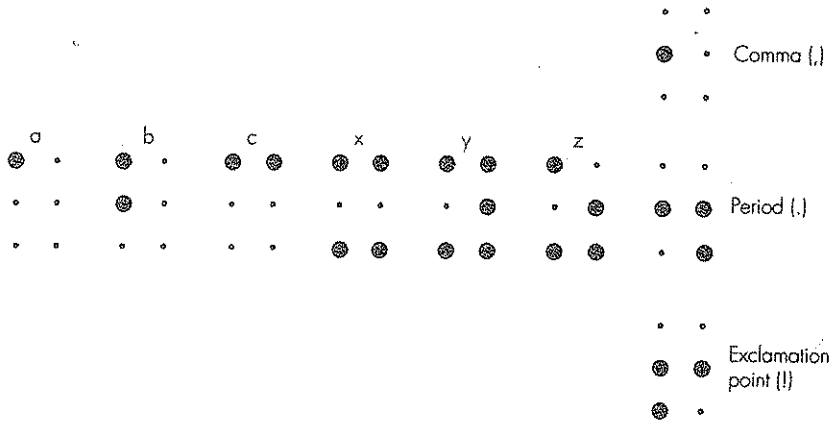
4- التدريب على التوجه والحركة.

وبالرجوع إلى هذه المجالات الأربعة يتضح أن أول ثلاثة مجالات منها ترتبط بشكل مباشر بالتعلم الأكاديمي وخاصة القراءة، بينما يشير المجال الأخير إلى تلك المهارات التي تعد مطلوبة في الحياة اليومية.

طريقة برايل: **Braille**

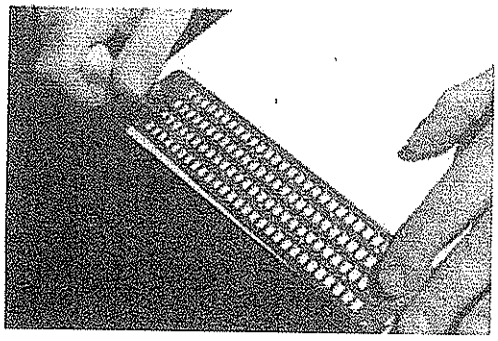
قدم الفرنسي لويس برايلLouis Braille في القرن التاسع عشر نسقاً للقراءة والكتابة لأمثاله من المكفوفين. ورغم أنه لم يكن هو أول من قام بتطوير مثل هذه الطريقة فإن طريقته كانت هي الأوسع انتشاراً والأكثر استخداماً مع أنها لم تستخدم إلا بعد أن ابتكرها بعدة سنوات. ويشير تشونج (2000) Chong ومانجولد(2000) Mangold وسوليفان (1997) Sullivanأن إحدى صيغ برايل تتمثل فيما يسمى بطريقة برايل للقراءة والكتابة lit-erary Braille ويتم استخدامها في معظم المواقف اليومية. كما أن هناك صيغاً أخرى لطريقة برايل تستخدم في القراءة والكتابة الفنية ومنها على سبيل المثال صيغة نيميثNemeth Code والتي تستخدم للتعامل مع تلك الرموز التي يتم استخدامها في الرياضيات والعلوم. ويرى البعض أن هناك نسقاً آخر يعرف بصيغة برايل الموحدة Unified Braille Code تجمع كل هذه الصيغ معاً في نسق واحد. ويعتقد المؤيدون لهذه الطريقة أن معظم الأفراد سواء المبصرين أو المكفوفين في أي مجتمع تقني يحتاجون إلى القيام بالقراءة والكتابة مستخدمين اللغة اليومية إلى جانب اللغة التقنية وهو الأمر الذي ساهم كثيراً في انتشار صيغة برايل الموحدة على نطاق واسع.

وتعد الوحدة الأساسية بالنسبة لطريقة برايل بمثابة خلية رباعية الأضلاع تتضمن ما بين نقطة واحدة إلى ست نقاط كما يتضح من الشكل (11-3). وتمثل الأنماط المختلفة من النقاط حروفاً وأرقاماً وحتى علامات الترقيم. وبصفة عامة فإننا نجد أن أفضل أسلوب للقراءة بطريقة برايل كما يشير ورميزلي (1996) Wormsleyيتضمن استخدام كلتا اليدين بحيث يتم استخدام اليد اليسرى للقراءة من بداية السطر في الوقت الذي تسير فيه اليد اليمنى إلى نهاية السطر حتى تتم قراءته، وبالتالي تتلاقى كلتا اليدين في منتصف السطر تقريباً، ثم تنفصلان بعد ذلك، وهكذا . ويرى المترجم أن الأمر يختلف بالنسبة للغة العربية حيث تقوم اليد اليمنى بما تقوم به اليد اليسرى في الإنجليزية، وتقوم اليد اليسرى بما تقوم به اليمنى في الإنجليزية.

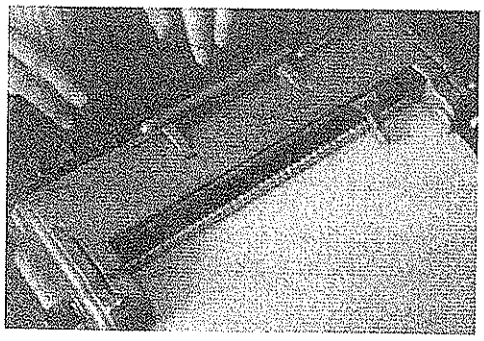


شكل (11-3) أمثلة لبعض الرموز المستخدمة في طريقة برايل

هذا وهناك وسيلتان أساسيتان للكتابة باستخدام طريقة برايل هما آلة بركنز لكتابة برايل Perkins brailler ولوحة وقلم برايل Slate and Stylus. وتضم آلة بركنز لكتابة برايل ستة مفاتيح يخصص كل واحد منها لإحدى النقاط التي تضمها خلية برايل (أنظر الشكل 11-5-11-4). وعند الضغط على تلك المفاتيح ثم تركها فإنها تؤدي إلى وجود بروز عند الكتابة بتلك الطريقة.



شكل (11-5) لوحة وقلم برايل



شكل (11-4) آلة بركنز لكتابة برايل

أما لوحة وقلم برايل فإنهما يعدان من الأشياء التي مكن حملها وذلك على العكس من آلة بركنز، ويتم الضغط بالقلم خلال الفتحة التي توجد باللوحة والتي يتم وضع الورقة بين نصفيها.

وربما يكون الموضوع الذي شهد مناقشات ساخنة في مجال الإعاقة البصرية هو ذلك الموضوع الذي يتعلق بتعليم التلاميذ المكفوفين، وهل نعلمهم استخدام طريقة برايل أو إحدى الطرق الأخرى التي يتم استخدامها في سبيل تحقيق التواصل مثل أجهزة التسجيل، أو الكمبيوتر الصوتي. voice- activated وقد كان من الشائع أن يستخدم التلاميذ المكفوفين طريقة برايل، إلا أن استخدامهم لها قد قل بشكل واضح خلال السنوات القليلة الماضية فوجدنا على سبيل المثال أن نسبة التلاميذ المكفوفين الذين يستخدمونها يقل بشكل ثابت منذ عقد الستينيات من القرن الماضي حيث كان نصف عدد التلاميذ المكفوفين يستخدمونها، أما التقديرات الأكثر حداثة فتوضح كما يرى موير Mauer (2001) وشرودر(1996)Schroeder أن أقل من 10% تقريباً من هؤلاء التلاميذ هم الذين يستخدمون طريقة برايل في الوقت الراهن.

وعلى هذا الأساس فإن النسبة الأكبر من التلاميذ المكفوفين لا يجيدون استخدام طريقة برايل في هذه الآونة مما أدى كما يرى كونيج وهولدروك (2000) Koenig &Holdrook وويتل (1999) Whittleوأومفيج (1997) Omvig وفولك (1996) Foulke وهاتلين (1993) Hatlen وأيانوزي (1992) Ianuzzi إلى ارتفاع معدل الأمية بينهم. وإذا كان هناك بعض المعلمين المبصرين الذين يقومون بالتدريس لهؤلاء التلاميذ فإن القليل منهم يمكنهم استخدام طريقة برايل بطلاقة، وبالتالي فإنهم يسهمون في دحض الفكرة التي قد يتفوه البعض بها والتي يرون من خلالها أن استخدام طريقة برايل يدل على الدونية. ومن جانب آخر يرى شرودر(1996) Schroeder أن رضا الفرد أو عدم رضاه عند تحديد نفسه على أنه أعمى يعد عاملاً حاسماً في وجود الدافعية لديه على تعلم طريقة برايل حيث أن الأطفال المكفوفين قانوناً والذين يعتبرون أنفسهم عمياناً قد يجدون أن طريقة برايل تيسر وتكثف من التحديد الجماعي، وبالتالي فإنها يمكن أن تؤدي إلى تطور ثقتهم بأنفسهم، ومفهومهم لذواتهم. أما الأطفال الذين لا يعتبرون أنفسهم عمياناً فقد يرفضون استخدام طريقة برايل نظراً لأن هذه الطريقة ترتبط بكف البصر.

وغني عن البيان أن معظم المختصين يركزون على أنه حتى عندما يتلقى التلميذ التعليم بطريقة برايل فإنه قد لا يكون مكثفاً بما فيه الكفاية. وقد قرر الخبراء في استخدام طريقة برايل وذلك في المسح الذي تم إجراؤه عليهم كما يرى كونيج وهولبروك (2000) Koenig & Holbrook أن التلاميذ يحتاجون على وجه الخصوص في المراحل الأولى لاكتساب طريقة برايل تعليماً يومياً يستمر لعدة سنوات. ومن ناحية أخرى فإن الحاجة إلى تعليم مكثف بطريقة برايل تمثل معضلة ومشكلة كبيرة أمام الأنساق المدرسية نظراً لذلك العجز الذي يوجد في أعداد أولئك المعلمين المؤهلين للعمل بطريقة برايل.

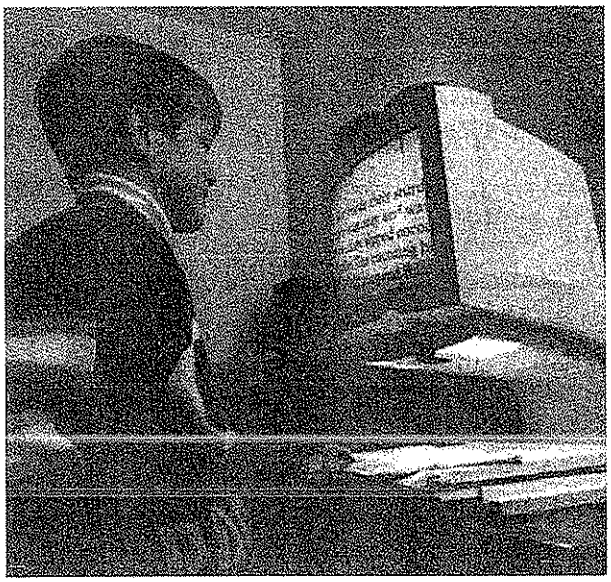
أما المؤيدون لطريقة برايل فيشيرون من جانب آخر إلى أنه من الضروري بالنسبة لمعظم التلاميذ الذين يعدون من الناحية القانونية عمياناً أن يتعلموا استخدام تلك الطريقة حتى يتمكنوا من تحقيق الاستقلال في حياتهم. وتوضح نتائج البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الصدد كما يرى رايليز (1996) Ryles أن الراشدين الذين تعلموا طريقة برايل في طفولتهم كوسيلة أولية بالنسبة لهم تمكنهم من القراءة قد حصلوا على وظائف بمعدل يصل إلى ضعف معدل أقرانهم الذين اعتمدوا في طفولتهم على استخدام المطبوعات كوسيلة أولية للقراءة. وهناك طريقة يمكن من خلالها التأكد من أن طريقة برايل قد أصبحت متاحة أمام هؤلاء التلاميذ بشكل أكثر ثباتاً تعرف بوثائق برايل braille billsوالتي وصل عدد الولايات الأمريكية التي تعمل بها في عام 2001 إلى اثنتين وثلاثين ولاية. ورغم أن ما تقدمه هذه الوثائق يختلف من ولاية إلى أخرى فإن الاتحاد الفيدرالي القومي للمكفوفينNational Federation of the Blind والذي يعد مدافعاً أساسياً عن تلك الوثائق قد قدم نموذجاً لوثيقة يضم مكونين رئيسيين هما:

1- أن طريقة برايل يجب أن تتاح أمام جميع التلاميذ إذا ما أشار أي عضو في الفريق القائم على البرنامج التربوي الفردي الذي يتضمن الآباء إلى أن الطفل يحتاج في الواقع إلى هذه الطريقة.

2- أن معلمي الأطفال المعوقين بصرياً يجب أن يتسموا بالكفاءة في استخدام طريقة برايل.

ومن الملاحظ في الوقت الراهن أن القانون الفيدرالي يعزز المكون الأول من هذين المكونين حيث يحدد قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA أن التعليم بطريقة برايل والخدمات المرتبطة بها يجب أن يمثلا جزءاً من البرنامج التربوي الفردي للطفل إذا لم يقر جميع أعضاء الفريق بما فيهم الوالدان أنه لا يجب أن يتم استخدام طريقة برايل من جانبه. وحتى يتم توفير وسيلة يمكن بواسطتها تحديد مدى طلاقة المعلم في استخدام طريقة برايل قامت مكتبة الكونجرس بتصميم مقياس لهذا الغرض يعرف بالمقياس القومي للكفاءة في استخدام طريقة برايل The National Braille Literary competency Test. ويؤكد المختصون في الوقت الراهن أن بعض الطلاب ضعاف البصر الذين يمكنهم قراءة تلك المطبوعات التي تتم كتابتها بخط كبير أو التي يتم تكبيرها بوسائل أخرى أياً كانت هذه الوسائل ينبغي كذلك أن يتعلموا استخدام طريقة برايل دون تأخير في ذلك. وهناك العديد من التلاميذ ضعاف البصر الذين تدل حالتهم على أن إبصارهم سوف يسوء بشكل واضح على مدى عدة سنوات، ومن ثم يجب أن يتعلم هؤلاء التلاميذ استخدام طريقة برايل في سن مبكرة من حياتهم لأن ذلك من شأنه أن

يعدهم لهذا الوقت الذي سيفقدون إبصارهم فيه ولن يعود بمقدورهم آنذاك أن يقوموا بقراءة تلك المطبوعات كما يفعلون في الوقت الراهن.



يمكن مساعدة بعض الأفراد ضعاف البصر على القراءة عن طريق تكبير الخطوط والصور على شاشة الكمبيوتر

استغلال بقايا الإبصار أو الإبصار المتبقي:

كانت هناك مقاومة لقيام الأطفال ضعاف البصر باستخدام إبصارهم في القراءة وغيرها من الأنشطة الأخرى وهو الأمر الذي استمر لسنوات طويلة. وقد ارتبطت عد خرافات بذلك منها أن الإمساك بالكتب قريباً من العين يضر بالعين، وأن العدسات القوية تؤذي العين، وأن استخدام العينين كثيراً يضر بهما أي أن ذلك من شأنه أن يذهب ببقايا الإبصار. أما في الوقت الراهن فيتضح أن مثل هذه الاعتقادات الخاطئة قد تكون صحيحة في حالات نادرة جداً فقط. بل ويعتقد بعض المختصين في واقع الأمر كما ترى كولينز وباراجا Collins & Barraga (1980) أن بإمكان المعلمين أن يدربوا هؤلاء التلاميذ على استخدام قدراتهم البصرية، وتحقيق أقصى استفادة منها. وعلى الرغم من أن البعض يشك كما يشير فيريل وموير Ferrell & Muir (1996) في مدى فعالية مثل هذه التدريبات الخاصة بالإبصار فإن غالبيتهم يوافق على أهمية تشجيع المعوقين بصرياً على استخدام بقايا الإبصار لديهم ولكن ليس بالدرجة التي تجعل بعضهم الآخر يستغني عن طريقة برايل مع أنهم يعدون في أمس الحاجة إليها.

وجدير بالذكر أن هناك طريقتين يمكن بموجبهما مساعدة أولئك الأطفال ضعاف الإبصار على قراءة المطبوعات هما:

1- الكتب التي تتم كتابتها بخط كبير.

2- أساليب التكبير.

أما الطريقة الأولى والتي تتمثل في تلك الكتب التي تتم كتابتها بخط كبيرlarge- print books فهي تعد ببساطة عبارة عن كتب تتم كتابتها بخط كبير. وإذا كانت تلك الكتب التي تتم كتابتها على مسافة عشر نقاط تعد مكتوبة للمبصرين، فإن الكتب التي تتم كتابتها على مسافة ثماني عشرة نقطة كما في الشكل (6-10) تعد مثالاً شائعاً للخط الكبير، وأن هذا الخط الكبير قد يتباين من جانب آخر حتى يصل إلى ثلاثين نقطة.

This is an example of 10-pt. type.

This is an example of 18-pt. type.

This is an example of 24-pt. type.

شكل (6-11) أمثلة لبعض الكتابات بخط كبير

وتتمثل الصعوبة الأساسية في تلك الكتب التي تتم كتابتها بحجم أو خط كبير في أن الخط بها يكون أكبر من المعتاد، وبالتالي فإن الكتاب يحتاج إلى حيز كبير كي نضعه فيه. وفضلاً عن ذلك فإن مثل هذه الكتب قد لا تكون متاحة، وإذا ما كانت متاحة فإن ذلك لا يكون سوى في حدود ضيقة وذلك على الرغم من وجود العديد من الناشرين المهتمين بتلك الكتب في دار الطباعة الأمريكية للمكفوفين حيث يطبعون تلك الكتب ويقومون بتسويقها. أما أساليب التكبير على الجانب الآخر فتتراوح بين النظارات والعدسات إلى الماسحات الضوئية للدوائر التليفزيونية المغلقة التي تقدم الصور المكبرة على شاشات التليفزيون. ويمكن استخدام هذه الأساليب كذلك في تلك الكتب التي تتم كتابتها بحجم عادي أو بحجم كبير.

مهارات الإنصات:

مما لا شك فيه أن مهارات الإنصات تعد ذات أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال المكفوفين حيث أنه كلما قل اعتماد الطفل على حاسة الإبصار في الحصول على المعلومات المختلفة من البيئة

المحيطة زادت أهمية أن يصبح مستمعاً ومنصتاً جيداً لما يدور حوله من أحاديث مختلفة. ومع ذلك فلا يزال بعض المختصين كما يشير وبستر ورو (1998) Webster & Roe يرون أن المهارات الجيدة للإنصات سوف تتطور تلقائياً لدى الأطفال المكفوفين، إلا أن هذا الاعتقاد يعتبر غير حقيقي نظراً لأن الأطفال لا يعوضوا بشكل تلقائي ذلك القصور في إبصارهم بتطوير قدرات فائقة على التركيز، وبالتالي فإننا نجد أنه ينبغي أن يتم في أغلب الأحيان تدريبهم على الإنصات، كما ينبغي على المعلمين من جانب آخر أن يعملوا على توفير بيئة فصلية خالية من مشتتات السمع بقدر الإمكان.

هذا وقد حظيت مهارات الإنصات بقدر أكبر من الأهمية لم تنله من قبل نظراً لزيادة استخدام المواد المسجلة على أشرطة في الوقت الراهن. وتعتبر دار النشر القومية الأمريكية للمكفوفين ومكتبة الكونجرس هما أهم المصادر التي تعمل على توفير هذه المواد حيث يمكن للمستمع أن يقوم بتشغيل أي من هذه الشرائط وفق السرعة التي يريدها، أو يلجأ إلى استخدام وسائل لضغط الحديث مما يسمح لهم بقراءة ما بين ٥٢٠ـ ٥٧٢ كلمة في الدقيقة، كما يمكن استخدام الكمبيوتر في هذا الخصوص أيضاً.

التدريب على التوجه والحركة:

تعمل تلك الكيفية التي يتحرك بها الشخص المعوق بصرياً في بيئته على تحديد درجة استقلاله وتكامله الاجتماعي. وهناك في واقع الأمر ثلاث طرق وأساليب عامة يمكن من خلالها أن نقوم بمساعدة الأفراد المكفوفين على الحركة والتوجه هي :

1- العصا الطويلة long cane.

2- الكلب المرشد guide dog.

3-الشخص المرشد human guide

وسوف نلقي الضوء على هذه الطرق أو الأساليب كما يلي :

أ- العصا الطويلة : يوصي المختصون أن يقوم الأشخاص المعوقون بصرياً الذين يحتاجون أداة معينة كي تساعدهم على الحركة في المكان باستخدام العصا الطويلة لذلك. وقد سميت هذه الأداة بهذا الاسم نظراً لأنها تعتبر أطول من العصا الأخرى التي يمكن استخدامها في سبيل تحقيق التوازن. ويرى جمع من المختصين كما يشير بلين- سويتزر Plain- Switzer (1993) أن مثل هذه العصا الطويلة ينبغي أن تمتد على الأقل من الأرضية

التي يتم لمسها بواسطتها وحتى إبط من يستخدمها. ومن الواضح أنه تتوفر لدى الفرد الذي يستخدمها معلومات سمعية ولمسية عن تلك البيئة التي يسير فيها عن طريق تحريك تلك العصا على الأرضية. ويمكن للعصا أن تنبه الفرد بوجود منحدرات أمامه كوجود حفرة أو سلم على سبيل المثال، كما يمكن لها أن تحمي الجزء الأسفل من الجسم من الارتطام بأي أجسام أو أشياء توجد على الأرض.

يتطلب استخدام العصا الطويلة قدراً مناسباً من التدريب

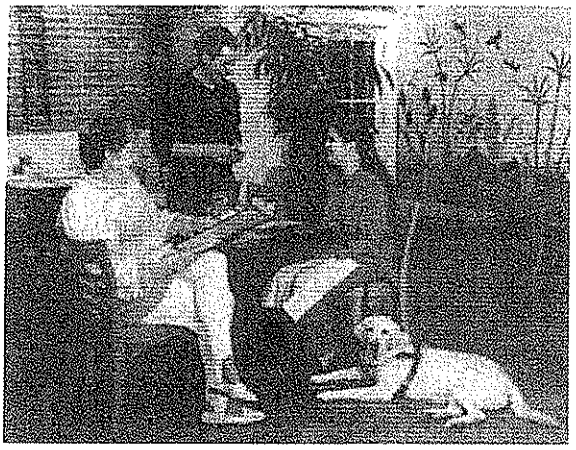
وعلى الرغم من أن العصا الطويلة تعد بمثابة أداة بسيطة فإن العلماء والمختصين العاملين تحت رعاية الأكاديمية القومية للعلوم The National Academy of Sciences يحددون مواصفات معينة لصناعتها. ومن جانب آخر فإن رؤية أي شخص يستخدمها بمهارة قد يعطي الانطباع للآخرين بأنه من السهل استخدامها، إلا أن التدريب المكثف على استخدامها الصحيح يعد أمراً مطلوباً، بل إنه يمكن أن يكون مطلوباً بشدة في هذا الصدد. ومن المعروف أن الشخص الذي يستخدم تلك العصا يجب أن يمسكها من طرفها الغليظ أو الجزء المعقوف منها والذي يجب أن يكون في مستوى ارتفاع وسطه هو، ثم يلوح بها أو يحركها في دائرة أمامه تتسع بشكل يكفي كي يوفر الحماة اللازمة لجسمه، ويلمس الأرض أمامه بخفة وذلك بطرف هذه العصا التي يمسك بها في يده. كذلك ينبغي أن يكون هناك تآزر مناسب بين

تحريك العصا وحركة الأرجل حتى يتحقق التكنيك الصحيح للمس.

هذا وقد كان يعتقد معلمو التوجه والحركة أن الأطفال الأصغر سناً لم يصلوا بعد إلى ذلك السن المناسب الذي يمكنهم أن يقوموا عنده بتعليمهم مهارات الحركة. وكان الآباء وخصوصاً المبصرون ينظرون إلى استخدام العصا على أنه يمثل وصمة بالنسبة للفرد الذي يمسكها حيث يرونها على أنها رمز للإعاقة البصرية. وعلى خد تعبير أحد الأفراد المكفوفين كما يشير وندر (1993) Wunder أن والديه قد رفضا العصا من هذا المنطلق، كما وجداها أيضاً ستعمل على تحويله من طفل أعمى يسمع الكلام ويظل في مكانه (دون أن يستخدم العصا) إلى رجل أعمى لا يلتزم بذلك (بعد أن يستخدم العصا)، ومن ثم فهو لم يستخدم العصا حتى حوالي الحادية عشرة من عمره. أما الآن فإن العديد من الأطفال المكفوفين في سن الروضة يتعلمون الأساليب المختلفة لاستخدام تلك العصا.

ويشهد الوقت الراهن جدلاً كبيراً حول إمكانية أن يكون الشخص الأعمى مدرباً للحركة أي يسمح له بالقيام بتدريب الآخرين من المكفوفين على الحركة. وفي هذا الإطار نجد من يرفض هذا الأمر ومن يقبله، أما الرافضون له فيركزون بصفة أساسية كما يشير ميلر (1996)Millar على تلك الأمور التي ترتبط بالسلامة، ويتساءلون عما إذا كان بمقدور المدرب الأعمى أن يقوم بتحذير المتدرب من أخطار محتملة في البيئة كوجود فرع متدل من شجرة يمكن له أن يصطدم به أو ما شابه ذلك. أما من يؤيدون هذا الإجراء فيرون فيه كما يرى هيل (1997) Hill حماية زائدة، ويرون أن مثل هذه الأخطار المحتملة التي يتحدث الآخرون عنها إنما تمثل جانباً من ذلك الواقع الذي يواجهه أي شخص كفيف يستخدم العصا، ومن ثم فإنه يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمدرب الكفيف أن يسمح لأولئك المتدربين الذين يقوم بتدريبهم بمواجهة مثل هذه العقبات خلال التدريب، وبالتالي يتعلمون كيفية مسايرتها من هذا المنطلق.

ب- الكلب المرشد: من الجدير بالذكر أن الكلب المرشد لا يعد اختياراً شائعاً أمام المكفوفين كما يعتقد الكثيرون. ولكي يتمكن الشخص الكفيف من استخدام الكلب المرشد بشكل مناسب فإنه يحتاج إلى قدر كبير ومكثف من التدريب على ذلك. وتعتبر أهمية تلك الكلاب بالنسبة للأطفال موضع تساؤل وذلك لعدة أمور من أهمها أنهم يحتاجون إلى تدريب مكثف لاستخدامها والاستفادة منها، وأن تلك الكلاب عادة ما تكون كبيرة وتمشي بسرعة نسبية قد يعجز الأطفال عن ملاحقتها، كما أنهم يحتاجون بجانب ذلك إلى الرعاية وهو الأمر الذي لا يمكن أن يقوم الأطفال به. وعلى العكس مما يعتقده الكثيرون فإن الكلب المرشد لا يأخذ الشخص الكفيف إلى أي مكان يريد أن يذهب إليه، بل إن هذا الشخص يجب أن يعلم



يتطلب استخدام الكلب المرشد بنجاح تدريباً مناسباً

أولاً إلى أين يريد أن يذهب، وتصبح مهمة الكلب هي حمايته من المشي في أي منطقة تتضمن أي مخاطر محتملة من شأنها أن تسبب له أي ضرر أو أذى.

ويشير جابياس Gabias(1992) إلى أن الكلب المرشد قد يكون وسيلة مساعدة جيدة للعديد من الراشدين المكفوفين إلى جانب أنه يكون صديقاً لهم. ويشير بعض الراشدين الذين يستخدمون الكلب المرشد إلى أن ذلك الكلب يقوم بتحذير صاحبه عندما يوجد أمامه في البيئة أي خطر محتمل كوجود سلم، أو مدخل، أو مخرج، أو مصعد مثلاً وذلك بشكل يفوق اكتشافه باستخدام العصا الطويلة. ويرى أولري Ulrey (1994) أن الأشخاص المبصرين يجب أن يضعوا في أذهانهم ونصب أعينهم بعض الإرشادات الهامة التي تتعلق بمثل هذه الكلاب وأصحابها وذلك على النحو التالي:

1- على الرغم من أن اقتناء وتربية كلب مرشد يعتبر أمراً مغرياً فإن ذلك لا يجب أن يتم إلا بعد استئذان صاحبه لأن مثل هذه الكلاب ليست كباقي الحيوانات الأليفة إذ أنها تساعد أصحابها.

2- إذا احتاج أحد الأشخاص الذين يمسكون بكلب مرشد أي مساعدة فيجب أن يتم تقديمها له فوراً من الجانب الأيمن حيث يكون الكلب المرشد في الجانب الأيسر، كما يجب أولاً أن نسأله إذا ما كان يريد المساعدة إلى جانب سؤاله عن كيف هذه المساعدة.

3- لا تمسك بطقم الكلب أو تلك العدة التي توضع عليه والتي غالباً ما توجد في عنقه وتمتد بحبل يمسك به صاحبه لأن ذلك من شأنه أن يضايق الكلب وصاحبه.

هذا وقد شهدت السنوات الأخيرة كما تزعم مؤسسة الجياد الإرشادية Guide(2001) Horse Foundation استخدام الحصان المرشد guide horse كبديل للكلب المرشد وهو الأمر الذي نال قدراً كبيراً من الاهتمام في الصحافة والتليفزيون وذلك عند تدريب أول دفعة من هذه الجياد على ذلك وتسليمها لأصحابها في ربيع عام 2001 مما دفع بالكاتبة الروائية باتريشيا كورنويل Patricia Cornwell إلى أن تعلن عن أنها سوف تكتب عن شخص كفيف

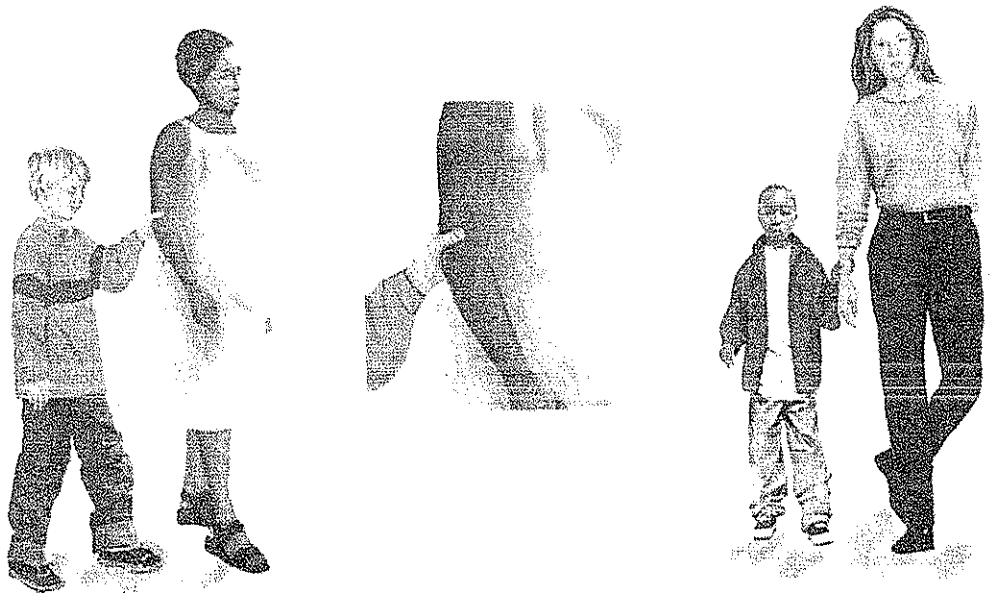
يستخدم الحصان المرشد في روايتها التالية التي تحمل عنوان جزيرة الكلاب.Isle of Dogs وتذهب مؤسسة الجياد الإرشادية كما يشير فيرث (2001) Firth إلى أن مثل هذه الجياد الصغيرة تمتاز عن الكلاب الإرشادية في العديد من الأمور من أهمها ما يلي :

1- أن حدة إبصارها تفوق حدة إبصار الكلاب بسبب الرؤية الجانبية الجيدة التي تميزها.

2- أن حياتها تطول عن حياة الكلاب.

3- أنها تعد أكثر ملاءمة لمحبي الخيول.

جـ- الشخص المرشد : من الجدير بالذكر أن ذلك الإنسان أو الشخص المرشد الذي يصاحب الشخص الكفيف يقوم في الواقع بإرشاده، ومساعدته في الحصول على قدر أكبر من الحرية، والتحرك في أمان. ومع ذلك فإن معظم المختصين في التوجه والحركة لا يوصون بأن يكون الشخص المرشد هو الوسيلة الأساسية للحركة بالنسبة للشخص الكفيف لأنه يعلمه الاعتماد بقدر كبير على الآخرين، ومن ثم فإنه يصير معتمداً عليهم إلى حد كبير. وإلى جانب ذلك فإن هناك أوقاتاً معينة يكون استخدام الشخص المرشد خلالها مجازاً أو مسموحاً به حيث أن معظم الأشخاص المكفوفين الذين يتنقلون دون أن يصاحبهم أحد لا يحتاجون إلى أي مساعدة ممن يحيطون بهم. ومع ذلك فإذا ما احتاج أحد الأشخاص المكفوفين إلى المساعدة يصبح علينا أن نأله أولاً إذا ما كان يريد المساعدة أم لا، فإذا ما احتاج المساعدة الجسمية فإنه ينبغي أن نسمح له بالإمساك بذراعنا من أعلى المرفق، وأن يسير خلفنا بمقدار نصف خطوة كما في الشكل التالي.



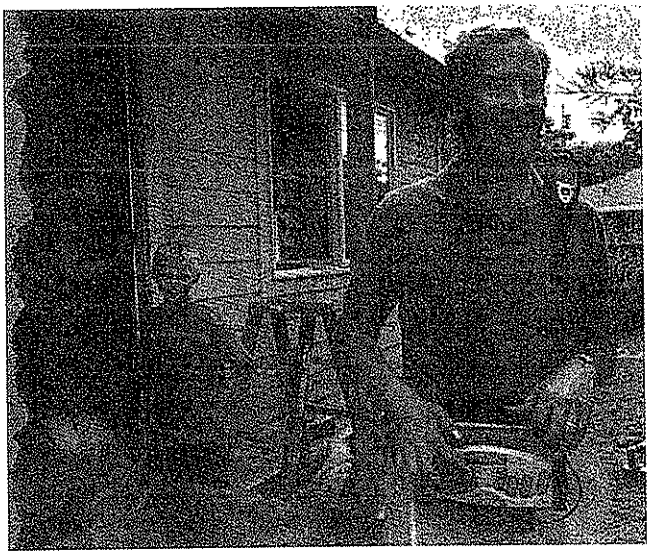
شكل (11-7) أسلوب استخدام الشخص المرشد

الوسائل التكنولوجية المساعدة

ربما تعد الإعاقة البصرية في واقع الأمر هي أكثر جوانب الإعاقة التي شهدت ظهور التطورات التكنولوجية. ومن أهم جوانب الإعاقة البصرية التي حظيت بالكثير من تلك التطورات والتي نالت القسط الأكبر منها جانبان أساسيان يتمثل أولهما في التواصل، بينما يتمثل الجانب الثاني في التوجه والحركة. ومن جانب آخر فقد كان هناك جانباً ثالثاً شهد محاولات جادة في هذا الإطار حيث أجريت بعض الدراسات حول الإبصار أو الرؤية الصناعية، وامتازت تلك الدراسات بدقتها التجريبية.

أ- **الوسائل التكنولوجية المساعدة في مجال التواصل :** توجد في الوقت الراهن العديد من الحاسبات الآلية والبرامج الحاسوبية التي تعمل على تحويل المادة المطبوعة إلى صوت، أو تخرجها بطريقة برايل. ومن أهم هذه الوسائل جهاز كوزويل 1000 Kurzweil (1000) والذي يقوم الفرد عند استخدامه بوضع الصفحة المطبوعة في الماسح الضوئيscanner الذي يقوم بقراءتها بصوت إلكتروني، أو يقوم بتحويلها إلى طريقة برايل. ويشير أندروز Andrews (2001) إلى أنه يتم توليف هذه الآلة للعمل مع منتجات شركة مايكروسوفت وهو الأمر الذي يسمح لمن يستخدمها أن يطبع النص لاستخدامه المخصص. وعلى الرغم من أنها لا تزال باهظة التكاليف نسبياً حيث يصل ثمنها إلى حوالي ألف دولار أمريكياً فإن المدرسة يمكن أن تستخدمها أيضاً بجانب ذلك لأولئك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات القراءة.

وفي واقع الأمر هناك آلة أخرى محمولة وسهلة الاستخدام تعرف بآلة تدوين الملاحظات بطريقة برايل Braille Notetaker مثل جهاز مساعد برايل Braille Mate أو جهاز برايل الناطق Braille`n Speak والذين يمكنهما أن يؤديا نفس الوظيفة التي تؤديها آلة بركنز لكتابة برايل Perkins Brailler أو لوحة وقلم برايل Slate and Stylus إلا أنهما يمتازان عن أي منها في أنهما يقدمان توليفاً صوتياً إلى جانب إمكانية الكتابة بواسطتهما حيث يقوم المستخدم بإدخال البيانات إليها باستخدام لوحة مفاتيح لكتابة برايل، ثم يمكنه أن يحول البيانات إلى جهاز كمبيوتر أكبر، ويقوم بمراجعتها مستغلاً خاصية النطق الصوتي الموجودة بها، أو من خلال عرضها بطريقة برايل، أو من خلال طبعها بطريقة برايل،أو على هيئة نص. ومن المعروف أن سعر هذه المنتجات لا يزال باهظاً نسبياً حيث أنه يتراوح في الواقع بين ألف دولار وألف وخمسمائة دولار.



جهاز برايل الناطق Braille`n Speak

وإلى جانب ذلك هناك منتج آخر شبيه بجهاز الكمبيوتر الصغير الذي يكون حجمه في حجم راحة اليد والذي يسمى بذلك palm computer وقد تم تصميمه في الأساس للمكفوفين هو ما يعرف بالمساعد الصوتي Voice Mateيصل ثمنه إلى حوالي مائتين وخمسين دولاراً أمريكياً، ويتضمن سجلاً تليفونياً ناطقاً، ومفكرة صوتية، ودفتر مواعيد يطلق صوتاً خفيفاً كي يذكر المستخدم بموعد معين إلى جانب ساعة ناطقة، وآلة حاسبة ناطقة.

ومن ناحية أخرى هناك خدمتان يتم تقديمهما للأفراد المعوقين بصرياً هما الخط الإخباري newslineوخدمة الفيديو الوصفية descriptive video service. ويعتبر الخط الإخباري بمثابة خدمة مجانية تمكن الأفراد المكفوفين من قراءة الصحف القومية العديدة مثل:

- الولايات المتحدة الأمريكية اليوم . USA Today
- شيكاغو تريبيون . Chicago Tribune
- نيويورك تايمز . New York Times
- وال ستريت جورنال . Wall Street Journal
- واشنطن بوست . Washington Post
- لوس أنجلوس تايمز . Los Angeles Times

- تورنتو جلوب آند ميل . Toronto Globe & Mail
- ما يربو على خمسين جريدة محلية تقريباً .

ومن المعروف أن هذه الخدمة متاحة أمام المستخدمين على مدار الساعة وذلك من أي تليفون يتم استخدامه لهذا الغرض حيث يعمل التليفون باللمس. أما خدمة الفيديو الوصفية فيتم من خلالها تقديم وصف سمعي للبرامج المعروضة في التليفزيون، كما تستخدم أيضاً مع بعض الأفلام، وبعض شرائط الفيديو.

ب- الوسائل التكنولوجية المساعدة في مجال التوجه والحركة : يعمل الباحثون في سبيل التوصل إلى عدد من الأجهزة الإلكترونية المعقدة التي يكون من شأنها أن تساعد هؤلاء الأفراد المكفوفين في الإحساس بالأجسام المختلفة الموجودة بالبيئة، والتعرف عليها، وتحديد أماكنها، إلا أن معظم هذه الأعمال لا يزال في طور التجريب حتى وقتنا الراهن، كما أن غالبيتها يعد باهظ التكاليف مما يجعلها تمثل عبئاً كبيراً إذا ما أردنا الاستفادة منها. وعلى هذا الأساس فإنها تعد أقل فائدة قياساً بالوسائل الأخرى التي يتم استخدامها في سبيل تحقيق التواصل والتي عرضنا لها من قبل. وهناك العديد من الأمثلة على ذلك والتي لا تزال في طور التجريب حتى وقتنا الراهن منها على سبيل المثال عصا الليزر laser cane والمستكشف الصوتي sonic pathfinder والتي تعمل وفقاً لذلك المبدأ الذي يرى أن الفرد يمكنه أن يتعلم تحديد أماكن الأجسام المختلفة عن طريق صدى الصوت كما تفعل الخفافيش.

هذا ويشير هايز (1998) Heyes إلى أنه يمكن في الواقع استخدام عصا الليزر بنفس الطريقة التي يتم بها استخدام العصا الطويلة كجهاز حسي حيث تقوم بإصدار حزم من الأشعة تحت الحمراء تتحول إلى صوت عندما تصطدم بتلك الأجسام أو الأشياء التي توجد في طريق ذلك الشخص الذي يستخدمها. أما المستكشف الصوتي الذي يتم ربطه في الرأس فيقوم بإصدار موجات فوق صوتية، ويقوم بتحويل تلك الانعكاسات التي تأتي من الأجسام أو الأشياء إلى صوت يمكن سماعه مما يساعده بالتالي على تجنب ما قد يواجهه في طريقه من عقبات حيث يشير لاجرو (1999) La Grow إلى أن هذا الجهاز يطلق التحذيرات عندما توجد بعض هذه الأجسام أو الأشياء في طيق من يستخدمه. ومن ثم فإن الأبحاث التي أجريت للتأكد من فعالية المستكشف الصوتي لم تكشف حتى الآن عن نتائج حاسمة أو قاطعة في هذا الصدد.

كذلك فإن هناك مجموعة من التطورات التكنولوجية الأخرى التي يمكن أن تكون مفيدة لأولئك الأفراد المعوقين بصرياً مثل الأنظمة الإشارية الصوتية التي تسود في بعض المجتمعات

والتي تقوم على إصدار الأشعة تحت الحمراء. فعندما يشير المستخدم بجهاز الاستقبال باتجاه جهاز الإرسال فإنه يتلقى على الفور رسالة تحدد له الموقع أو المكان المطلوب. كذلك فهناك كما يرى وينر وآخرون (2001) .Wiener et.al جهود كثيرة مبذولة في سبيل تطوير أنظمة تحدث خارجية external speaker systems يتم استخدامها في الأتوبيسات حيث يكون من شأنها أن تساعد المسافرين المكفوفين في التعرف على الأتوبيسات القادمة إليهم وتحديدها. ومن ناحية أخرى فقد قام الاتحاد الفيدرالي القومي للمكفوفين في خريف عام 2000 بالاشتراك مع مؤسسة دايبولد Diebold, Inc رائدة صناعة آلات الصراف الآلي automated teller machines ATM في البدء بتطوير آلة صرف آلي ذات مرشد صوتي voice- guided يمكن استخدامها بسهولة من جانب الأفراد المكفوفين مع قيامها بتوفير السرية الكاملة لهم، ولما يقومون به من معاملات مختلفة ومتعددة.

جـ- الاحتياطات التي تتعلق باستخدام التكنولوجيا: هناك بعض الاحتياطات التي يجب اتباعها عند استخدام مثل هذه الآلات الإلكترونية أو الآلات التي تعمل بالكمبيوتر. وفي هذا الصدد يرى المؤيدون لطريقة برايل أنه رغم أن أجهزة التسجيل، والحاسبات الآلية، والأجهزة التكنولوجية الأخرى يمكنها أن تسهم بشكل كبير في القراءة واكتساب المعلومات فإنها مع ذلك لا يمكنها أن تحل محل طريقة برايل. فعلى سبيل المثال سوف يكون من الصعب أن نصل إلى جزء معين من نص ما، أو تصفح بعض الصفحات، أو استخلاص ما يتناوله نص معين إذا ما استخدمنا جهاز التسجيل في حين أن مثل هذه الأنشطة ستكون ممكنة التحقيق إذا ما استخدمنا طريقة برايل. كذلك فإن تدوين الملاحظات، أو قراءة حديث معين، أو البحث عن كلمات معينة في القاموس تكون أسهل عند استخدام طريقة برايل قياساً باستخدام جهاز التسجيل. وإضافة إلى ذلك فإن المؤيدين لها يرون على وجه الخصوص أن لوحة وقلم برايل تعد أسلوباً جيداً لتدوين الملاحظات. ويشيرون إلى أنه كما أن الحاسبات الآلية لم تحل محل الورقة والقلم بالنسبة للمبصرين فإنها لن تحل مطلقاً محل لوحة وقلم برايل بالنسبة للمكفوفين وهو ما عبرت عنه جورجينا كليج (1999)Georgina Kleege بقولها إن وجود حاسب آلي على مكتبها مع دائرة تليفزيونية مغلقة وعدد من العدسات المكبرة كي تساعدها على قراءة أي صفحة مطبوعة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يسهم في حفظ هويتها كشخص مبصر مما يجعله يمثل قيمة كبيرة للمبصرين، ووجود ثلاثة أجهزة تسجيل مختلفة لتساعدها على أن تخبر النصوص المختلفة لفظياً حينما لا تتمكن من قراءتها بشكل جيد فإن كل ذلك لم يلغ طريقة برايل أو يحل محلها، كما أن طريقة برايل هي الأخرى لن تحل محل هذه الأشياء ولكنها تتيح لها حرية لم تعرفها ولم تخبرها منذ طفولتها حيث أنها تساعدها

على أن تحمل كتاباً تحت إبطها وأن تقرأه في أي مكان تريد دون أن توجد فيه كهرباء، أو تسمع أي صوت في أذنها كهذا الصوت الذي تسمعه من تلك الأجهزة، وبدون ألم أيضاً كالذي تعانيه عند استخدام أي من هذه الأجهزة لقراءة أي مادة أو صفحة مطبوعة. وفضلاً عن ذلك فإن الأجهزة التكنولوجية التي يتم تصميمها حتى تستخدم للحركة والتوجه لها جوانب القصور الخاصة بها أيضاً حيث أنها تعد بمثابة أساليب ثانوية تساعد على الحركة والتوجه، وأنه لا يمكن استخدامها كبديل للعصا الطويلة على سبيل المثال .

وجدير بالذكر أن هناك كما يرى دوبيل (Dobelle(2000 تطوراً ملحوظاً في تصميم نظام للرؤية الصناعية artificial vision systemللأفراد المكفوفين وذلك عن طريق إجراء عملية جراحية، ثم وضع كاميرا رقمية وبرنامج كمبيوتر في قشرة الدماغ أو اللحاء المسئول عن الإبصار بالمخ. وعلى العكس من تلك التقارير التي تبثها وسائل الإعلام الحكومية فإن درجة الإبصار التي يمكن أن تتوفر من جراء مثل هذه العملية الجراحية تقل بكثير عما يمكن أن يراه المبصرون. وقد تكون هذه البحوث ذات صبغة عملية، إلا أنها في الوقت الراهن يمكن أن تؤدي إلى تفاؤل زائف وسوء فهم لما يمكن أن تسفر عنه حيث أنها على حد ما نشرته صحيفة نيويورك تايمز New York Times لن تصل في فائدتها أو تساوي العصا الطويلة أو الكلب المرشد، وإن كانت تتطلب زراعة أقطاب كهربية في المخ. ويرى شيالي (Scialli(2000 أننا يجب أن نتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من الدكتور دوبيل Dobelle ومرضاه المتطوعين لهذا العمل، وما قدموه من تضحيات شخصية حيث أنهم بذلك قد أرسوا أساساً لمجال قد يقضي على كف البصر لغالبية الأفراد وذلك في القرن الثاني والعشرين، إلا أن هذا العمل الجاد قد يؤدي بالبعض على المدى القريب إلى زيادة سوء الفهم من جانبهم لكف البصر، ولتلك القدرات التي توجد لدى الأفراد المكفوفين والتي تميزهم .

وعلى الرغم من أن التكنولوجيا قد لا تكون هي الحل الأمثل لكل هذه الصعوبات التي يواجهها الأفراد المكفوفون فإنها مع ذلك قد تجعل حياتهم أسهل، وقد تجعلهم أكثر إنتاجية. ومع تطور التكنولوجيا بالنسبة للمجتمع بصورة عامة يصبح من المهم أن يستفيد منها المكفوفون على وجه الخصوص وإن ظل هناك خطر حقيقي في التقسيم الرقمي الذي يزداد ويتطور بين المبصرين وغير المبصرين .

ومن المشكلات الخاصة التي يواجهها المكفوفون تلك المشكلات التي تتعلق بالقدرة على تناول ذلك الكم الكبير من المعلومات المتاحة في الوقت الراهن عبر الحاسبات الآلية باتجاه عرض المعلومات بيانياً أو فوتوغرافياً على الشاشة انشغل المكفوفون بتلك الكيفية التي يمكن أن يؤثر بها مثل هذا الأمر على تناولهم للمعلومات المختلفة حيث أن مثل هذه العروض على

سبيل المثال تتطلب أن يقوم المستخدم بتحريك الفارة إلى مكان معين دقيق نسبياً على الشاشة حتى يضغط على الوظيفة المرغوبة. ولذلك فقد توفرت كما يشير وندر Wunder(2000) برامج لقراءة ما يتم عرضه على الشاشة حتى تساعد المعوقين بصرياً على ناول المعلومات المعروضة بطريقة غير بصرية. ومع ذلك تظل هناك حاجة ماسة لوجود تعاون بين من يقومون بتصميم وإعداد المواقع على الشبكة الدولية حتى يمكن توليف مثل هذه البرامج مع مواقعهم. إلا أننا نؤكد أن هناك بعض التطور الذي شهده هذا المضمار حيث قام الاتحاد الفيدرالي القومي للمكفوفين برفع دعوى قضائية ضد شركة أميركا أون لاينAmerica Online AOL ثم قام بسحبها في يوليو عام 2000 عندما تم التوصل بينهما إلى اتفاق يقضي بقيام أميركا أون لاين بإتاحة الخدمات التي تقدمها، والمحتوى الذي تعرضه على الشبكة الدولية أمام الأفراد المكفوفين.

نماذج تقديم الخدمة

هناك أربعة اختيارات أساسية للتسكين التربوي بالنسبة للمعوقين بصرياً تتراوح بين الأقل أو الأكثر انعزالاً هي:

1- المدرسة الداخلية .

2- الفصول الخاصة.

3- غرفة المصادر .

4- الفصول العادية مع تقديم المساعدة من جانب المعلم المتنقل.

وجدير بالذكر أنه كان يتم في بدايات القرن الماضي تعليم جميع الأطفال المكفوفين في معاهد داخلية تعمل بنظام الإقامة، أما الآن فهناك ما يعرف بتلك الخدمات التي يقدمها المعلم المتنقل itinerant teacher حيث يقوم أحد المعلمين المبصرين بزيارة العديد من المدارس المختلفة للعمل مع الطلاب وفصول التعليم العام التي يوجدون فيها وهو التسكين الأكثر شيوعاً بالنسبة للأطفال المكفوفين في الوقت الراهن. ومع ذلك فهناك في الواقع بعض الطلاب المعوقين بصرياً الذين تجد غالبية المدارس صعوبة في توفير الخدمات اللازمة لهم من خلال الفصول الخاصة أو غرف المصادر.

ومما لا شك فيه أن التسكين القائم على الإقامة الداخلية بالمدرسة لا يزال أحد نماذج التسكين الشائعة نسبياً بالنسبة لهؤلاء الطلاب قياساً بأقرانهم ذوي الإعاقات الأخرى حيث نجد على سبيل المثال أن حوالي 7% تقريباً من الطلاب المعوقين بصرياً الذين تتراوح

أعمارهم بين 6-12 سنة يتم تسكينهم في معاهد أو مؤسسات من هذا القبيل أي تعتمد على الإقامة الداخلية، في حين نجد أن حوالي 0.5% تقريباً فقط من الأطفال المتخلفين عقلياً هم الذين يتم تسكينهم كذلك. ومع ذلك فإن ميزة هذا الخيار التسكيني تتمثل في إمكانية تركيز الخدمات التي يتم تقديمها لهم. هذا وقد كان معظم الأطفال المكفوفين في الماضي ينتظمون في المعاهد للعديد من السنوات، أما الآن فإن بعضهم يمكنه أن ينتظم لفترة قصيرة من الوقت فقط كأن تتراوح بين عام واحد إلى أربعة أعوام على سبيل المثال. كذلك فإن الفلسفة السائدة التي تكمن خلف دمج أو حتى ضم واحتواء الأطفال المعوقين بصرياً مع أقرانهم المبصرين تنعكس أيضاً في تلك الحقيقة التي تكشف عن أن العديد من المعاهد الداخلية قد أبرمت اتفاقيات للتعاون مع المدارس العامة المحلية بحيث يركز المعلمون التابعون لتلك المعاهد الداخلية على تدريب التلاميذ المكفوفين على المهارات الحياتية الاستقلالية مثل الحركة، والقيام ببعض الأعمال المنزلية، وإدارة شئون المنزل، أما المعلمون التابعون للمدرسة المحلية فيركزون على تعليم المواد الأكاديمية المختلفة لهؤلاء التلاميذ.

التدخل المبكر: Earty Jntervention

اعتقد علماء النفس والتربية لسنوات طويلة أن الطفل الرضيع المبصر يفتقر إلى القدرات البصرية خلال نصف العام الأول من حياته، إلا أننا ندرك اليوم جيداً أن الطفل المبصر يمكنه خلال هذه الفترة أن يحصل على كم كبير من المعلومات عن طريق جهازه البصري وهو الأمر الذي يجعل من السهل أن نفهم ذلك السبب الذي يجعل من الضروري أن يبدأ التدخل المكثف في وقت مبكر جداً بقدر الإمكان من حياة الطفل المعوق بصرياً حتى نتمكن من مساعدته على البدء باستكشاف البيئة. وكما لاحظنا من قبل فإن العديد من الأطفال الرضع المكفوفين يتأخرون في نموهم الحركي عن أقرانهم المبصرين، ونتيجة لذلك فإن التدريب على الحركة والتوجه ينبغي أن يمثل مكوناً حاسماً في برامج التدخل المبكر لأطفال ما قبل المدرسة.

ويشير ماك جاها وفاران McGaha &Farran (2001) إلى أنه رغم أن الكثيرين يؤيدون أن يتم تعليم الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة في مواقف تقوم على الضم أو الاحتواء مع أقرانهم المبصرين فإنه يصبح من الأمور الحاسمة أن يقوم المعلمون بتيسير حدوث التفاعل بين الأطفال حيث أن البحوث التي أجريت في هذا المجال قد كشفت عن أن مجرد وضع أطفال ما قبل المدرسة المكفوفين مع أقرانهم المبصرين لا يؤدي بهم إلى التفاعل مع بعضهم البعض.

ويرى معظم المختصين أنه من الأهمية بمكان بالنسبة لبرامج التدخل المبكر التي يتم تقديمها للأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة أن تتضمن والدي هؤلاء الأطفال حيث يمكنهما كما

يرى تشين (1996) Chen أن يؤديا ما نطلبه منهما وأن يؤديا دورهما تجاه أطفالهما بفاعلية في المنزل، وأن يساعداهم في اكتساب المهارات الضرورية مثل المهارات اللازمة للحركة، والرضاعة أو التغذية عامة إضافة إلى الاستجابة لما قد يصدر عنهم من أصوات أو تلفظات مختلفة. ومن ناحية أخرى فإن الوالدين قد يحتاجا أحياناً إلى بعض المساندة كي تساير ردود أفعالهما ميلاد طفل معوق بصرياً لهما حيث قد ينتابهما شعور عام بالحزن. ولذلك فإن المختصين في برامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصرياً عادة ما يوصون بأن تتركز الجهود الأولية على مساعدة الوالدين في تقبل الإعاقة البصرية لطفلهما، وفي مسايرة هذا الموقف والتكيف معه.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood

هناك مجالان يرتبطان تمام الارتباط ببعضهما البعض، ويصعب على العديد من المراهقين والراشدين المعوقين بصرياً أن يحققا إنجازاً كبيراً فيهما معاً. ويتمثل هذان الجانبان في الاستقلال، والتوظيف أو التشغيل وهو ما سوف نقوم بإلقاء الضوء عليه فيما يلي .

الحياة المستقلة:

مما لا شك فيه أننا يجب أن نضع في أذهاننا عند العمل مع المراهقين والراشدين المعوقين بصرياً أن تحقيق الاستقلال غالباً ما يعتبر أمراً صعباً بالنسبة لهم. ويشير العديد من المختصين إلى أن الجانب الأكبر من مشكلة الاستقلال يحدث بسبب ذلك الأسلوب الذي يتعامل به المجتمع مع الأفراد المعوقن بصرياً. ومن الأخطاء الشائعة التي يتعرضون لها أن نفترض أنهم لا حول لهم ولا قوة أي عاجزين، كما أن الكثيرين غيرهم يعتقدون أن كف البصر ما هو إلا حالة تثير الشفقة. كذلك فإن الأفراد المعوقين بصرياً غالباً ما يكون لديهم تاريخ طويل من الجدل من جراء المعاملة الوالدية التي يلقونها من مجتمع المبصرين. ومن الأمثلة الدالة على ذلك ما يشير إليه كودليك (2001) Kudlick وما قد حدث في بدايات القرن الماضي عندما طرحت فكرة إنشاء كلية فيدرالية للطلاب المكفوفين تعد شبيهة بجامعة جالوديت للصم إذ تم قمع هذه الفكرة نظراً لأنها كانت ستضيف إلى تلك الفكرة الشائعة التي ترى أنهم يحتاجون إلى بيئة آمنة تتوفر بها وسائل الحماية اللازمة لهم حتى يتمكنوا من تحقيق النجاح.

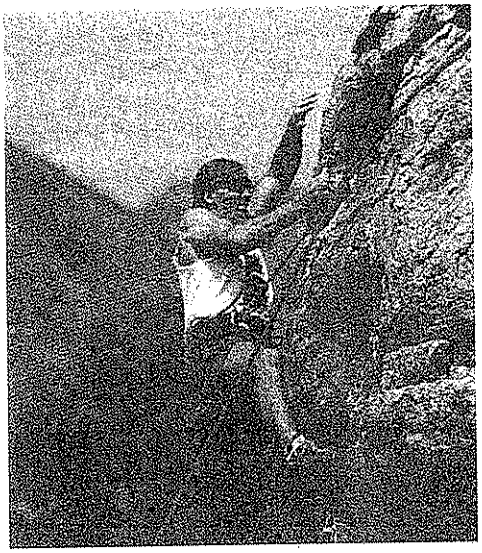
هذا وعندما قام الطلاب المكفوفون برحلة في إطار برنامج الحركة والتوجه وذلك من جامعة لويزيانا Louisiana Tech University إلى مركز التجارة العالميWorld Trade Center بمدينة نيويورك قابلها عامة الناس بقدر كبير من السخرية والتهكم، وقالوا أنها هي التي أدت

إلى حدوث تلك المأساة الشهيرة التي تعرض لها مركز التجارة العالمي في الحادي عشر من سبتمبر عام 2001 وهو الأمر الذي يوضح نمط المعاملة التي يلقاها هؤلاء الأفراد من المجتمع. ونظراً لكف بصر هؤلاء الأفراد فإنهم لم يجدوا عند دخولهم مركز التجارة العالمي أي إجراءات أمنية وهو الأمر الذي أدى إلى أن يقول أحدهم إنه يكفي أن تمسك عصا طويلة في يدك حتى يرحب بك الجميع ثم تقوم بعد ذلك بتفجير المركز.

ومن ناحية أخرى فإن عامة الناس يميلون إلى أن يجعلوا من بعض الأفراد المكفوفين أبطالاً فوق العادة وذلك عندما يقومون بأداء مهام قد تبدو صعبة نسبياً وهم يقفون على الأرض وملامسين لها. ورغم أن تسلق الجبال كجبل ماكنليMcKinley وجبل إيفرست Everest كما أوضحنا في الفصل الأول ليست من المهام التي تؤدى على الأرض فإن المشاعر التي عبر عنها إريك وينماير (2001) Erik Weihenmayer تشير إلى أن العناق يمكن أن يحدث أحياناً فوق القمة. وقد عبر هو نفسه عن هذا النجاح الذي أحرزه بقوله إنه قد قام بدحض ما كان يعتقده البعض من أن النجاح أو الفشل يتم عزوه تلقائياً إلى الإبصار أو عدم الإبصار حيث أنه رغم كف بصره قد خطط لتسلق الجبل وهو ما لاقى استحساناً كبيراً من جانب عامة الناس وهو الأمر الذي جعله يتذكر ما قامت به هيلين كيلرHelen Keller حيث تعد من الصور التي تعيش في ذاكرته وتخلد فيها.

وعلى الرغم من ذلك يشير جيرنيجان (1994)Jernigan إلى أن الأفراد المكفوفين يمكنهم أن يحققوا نفس الدرجة من الاستقلالية التي يحققها أقرانهم المبصرون، وقد يكون من الخطأ أن نفترض أن ذلك سوف يحدث بشكل طبيعي أو بسهولة حيث أن العديد من مهارات الحياة المستقلة التي يتعلمها المبصرون بشكل عارض ينبغي أن يتم تعليمها للأفراد المكفوفين بشكل صريح ومقصود وهو الأمر الذي دفع الاتحاد الفيدرالي القومي للمكفوفين إلى إصدار كتاب يفيد في هذا الصدد، ويتضمن فصولاً عن الطهي، والحياكة، والاتصال عن طريق التليفون، والخبرات اللمسية، والتسوق، وغيرها.

وغني عن البيان أنه من المهم بالنسبة لأولئك الأفراد المعوقين بصرياً كما يرى روفنج (1992) Roving أن يتعلموا الاستقلال، وربما تزداد هذه الأهمية بالنسبة لهم قياساً بما يكون عليه الحال بالنسبة لأقرانهم المبصرين حيث قد يجد الراشدون المكفوفون أنهم يحتاجون إلى أن يقوموا بالمبادرات حتى يحققوا نفس مستوى النجاح الذي يحققه المبصرون. وكما يقول أحد المرشدين المهنيين في حديثه لمجموعة من طلاب الجامعة المكفوفين أنهم يجب أن يقضوا بعض الوقت في أداء بعض الأنشطة التي قد لا يفكر أقرانهم المبصرون في القيام بها وذلك حتى يكتسبوا قدراً مناسباً من الاستقلالية.



إريك وينمـــــاير E. Weihenmayer

التوظيف أو التشغيل:

من الجدير بالذكر أن العديد من الراشدين المكفوفين في سن العمل يعدون كما يرى كيرتشنر وسكنيدلر Kirchner(1997) &Schneidler من العاطلين، أما من يشغل بعض المهن منهم فغالباً ما يكون قد تم الإفراط في تأهيله مما يجعل تلك المهنة لا تتفق معه. هذا ويبلغ معدل التوظيف لهؤلاء الأفراد المعوقين بصرياً الذين تتراوح أعمارهم بين 21-64 سنة الذين يعانون من قصور وظيفي شديد في الرؤية يجعلهم غير قادرين على رؤية الكلمات والحروف يبلغ فقط حوالي 26% تقريباً. وقد يرجع ذلك إلى استخدام برامج انتقال غير ملائمة في مستوى المرحلة الثانوية، ولكنه لا يرجع إلى الإعاقة البصرية في حد ذاتها بمعنى أننا إذا ما لجأنا إلى استخدام برامج انتقال مناسبة فإن الطلاب المعوقين بصرياً بما فيهم المكفوفون يمكنهم أن يستمروا في شغل مختلف الوظائف كأن يكونوا معلمين، أو أطباء، أو مهندسين، أو ما إلى ذلك. ومن ثم فإن برامج الانتقال ينبغي أن تكون مكثفة وممتدة بحيث تتضمن العديد من خبرات العمل التي تخضع لإشراف جيد، أو العديد من الخبرات الأكاديمية وذلك أثناء وجودهم في المدرسة الثانوية.

ينبغي أن يكون التوظيف هدفاً واقعياً للأفراد المعوقين بصرياً

ومع تأكيد قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA على تقديم الخدمات الانتقالية لهم فإن التقارير التي تتضمن حكايات عن أولئك الأفراد المعوقين بصرياً الذين تمكنوا من تحقيق الاستقلال في حياتهم بشكل جيد إلى جانب قيامهم بشغل وظائف معينة قد أصبحت أكثر شيوعاً على الرغم من أنها لم تصل بعد إلى ذلك المستوى الذي نطمح أن تصل إليه. ولذلك فقد تم كما يرى ساكس وبروت (1992) Sacks &Pruett تقديم العديد من البرامج التي تم تصميمها بغرض إشباع الحاجات الانتقالية للطلاب المعوقين بصرياً ومنها على سبيل المثال ذلك البرنامج الناجح الذي يتضمن قيام المراهقين والراشدين الأصغر سناً من المكفوفين بالالتقاء مع المختصين في تدريب صيفي تمتد جلساته لمدة ثلاثة أسابيع تم تخصيصه لتحقيق بعض الأمور التي تتعلق بفترة الانتقال. كذلك فإن هذا البرنامج يستخدم ما يعرف برفيق العمل حيث يتم الجمع بين كل طالب وأحد الراشدين الذين يشبهونه في الإعاقة البصرية وذلك في إحى الوظائف التي تتلاءم مع اهتماماته على أن يقضي الطلاب يومين مع رفقائهم في أداء تلك الوظيفة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يساعد هؤلاء الطلاب في اكتساب المهارات اللازمة لمثل هذه الوظيفة، وفي أدائهم لها بشكل مناسب .

هذا ويشير رومريل وروسلر وآخرون (1998).Rumrill, Roessler et.al ورومريل وآخرون (1997) .Rumrill et.al إلى أنه توجد قائمة بتلك الأساليب التي يمكن أن يتم بمقتضاها تحسين فرص التوظيف أو التشغيل للراشدين المكفوفين والتي تعرف بأساليب تأمين الراحة أو إشباع الحاجة للعمل. ويرى الموظفون المكفوفون أن هناك بعض المواءمات البسيطة نسبياً التي ينبغي أن تحدث في تلك الوظيفة التي يقومون بأدائها، وفي ذلك المكان الذي يؤدون فيه هذه الوظيفة وهو الأمر الذي يجعل من السهل عليهم القيام بالأداء الوظيفي الملائم في تلك الأعمال التي يكلفون بها. ومن هذه المواءمات وسائل النقل، والإضاءة الجيدة، والنوافذ ذات اللون الخفيف في مكان العمل، والإزالة السريعة للجليد من الشارع، وإزالة العقبات من الممرات، وبرامج كمبيوتر تعمل على تكبير ما يتم عرضه على الشاشة، وبرامج كمبيوتر أخرى تقرأ ما يتم عرضه على الشاشة، وأخرى تحول النص المطبوع إلى طريقة برايل.

ومما لا شك فيه أن الإعاقة البصرية تمثل تحدياً حقيقياً في سبيل تحقيق التوافق في الحياة اليومية، إلا أنه مع إدخال بعض المواءمات على البيئة تخف حدة مثل هذه التحديات. ونظراً لوجود الكثير من أوجه الشبه بين الأفراد المكفوفين وباقي أعضاء المجتمع فإن معلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام يحتاجون إلى تحقيق قدر معقول من التوازن بين توفير البرامج الخاصة للطلاب المعوقين بصرياً وبين معاملتهم بنفس الأسلوب الذي يتبعونه مع باقي طلابهم أي مع الطلاب العاديين.

الخلاصة: Summary

هناك تعريفان للإعاقة البصرية هما التعريف القانوني والتعريف التربوي، يعتمد أولهما وهو التعريف القانوني على قياس حدة الإبصار ومجال الرؤية حيث تكون حدة إبصار الشخص المعوق بصرياً 200/20 أو أقل في أفضل العينين بعد استخدام التصحيحات الطبية اللازمة، كما يكون مجال الإبصار ضيقاً بحيث لا يتجاوز عشرين درجة. وإلى جانب ذلك فإن حدة الإبصار بالنسبة للأطفال ضعاف البصر تتراوح بين 70/20 و 200/20 في أفضل العينين بعد استخدام التصحيحات الطبية اللازمة. أما التربويون فيفضلون أن يعرفوا الإعاقة البصرية وفقاً للأداء الوظيفي البصري للفرد وخاصة في القراءة . ومن ثم فإن كف البصر بالنسبة للتربويين يعني حاجة الفرد إلى استخدام طريقة برايل حتى يتمكن من القراءة وخاصة حاجته إلى استخدام الطريقة الشفوية في التعلم. أما الذين يستطيعون أن يقرأوا أي صفحة مطبوعة حتى ولو استخدموا عدسات مكبرة أو تلك الكتب التي تتم كتابتها بخط كبير فإنهم يكونوا ضعاف البصر. وعلى هذا الأساس فإن العديد من الأفراد الذين يعدون مكفوفين من الناحية القانونية لا يعدون كذلك من الناحية التربوية نظراً لأنه يكون بإمكانهم قراءة أي صفحة مطبوعة.

ومن الجدير بالذكر أن كف البصر يعتبر من الإعاقات قليلة الانتشار في مرحلة الطفولة إن لم تكن هي أقل الإعاقات انتشاراً بين الأطفال، ولكنها تعد في ذات الوقت من أكثر الإعاقات انتشاراً بين الراشدين. ولقياس حدة الإبصار يمكن استخدام لوحة سنيلين التي تتكون من حروف E وذلك للرؤية عن بعد، وهناك لوحة خاصة تستخدم لقياس الرؤية عن قرب. وإلى جانب ذلك يهتم التربويون باستخدام الكفاءة البصرية للطلاب وأدائهم الوظيفي البصري.

ومن المعروف أن معظم المشكلات البصرية التي يواجهها الأفراد تعتبر نتيجة لأخطاء انكسارية حيث لا تتجمع الأشعة الضوئية على الشبكية. ومن هذه الأخطاء الانكسارية قصر النظر، وطول النظر، واللابؤرية أو الاستجماتيزم. ويمكن عن طريق استخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة contact lenses تصحيح مثل هذه المشكلات. وهناك مع ذلك العديد من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة البصرية من أهمها ما يلي :

1- الجلوكوما أو المياه الزرقاء .

2- الكاتاركت أو المياه البيضاء .

3-التهاب الشبكية الناتج عن البول السكري .

4- التهاب الشبكية الوراثي .

5- الإعاقات البصرية الناتجة عن خلل في القشرة الدماغية أو اللحاء .

6-التهاب الشبكية عند الأطفال المبتسرين .

7- الحول .

8- اهتزاز مقلة العين.

هذا وترجع معظم أسباب الإعاقة البصرية في سن المدرسة إلى عوامل وراثية. وإذا كان التهاب الشبكية عند الأطفال المبتسرين يرجع في الواقع إلى زيادة كمية الأكسجين التي يتم تقديمها للأطفال المبتسرين فإن الباحثين يعتقدون اليوم أن هناك عوامل أخرى ترتبط بتلك الحالة غير زيادة الأكسجين.

وإذا كانت الإعاقة البصرية تؤدي إلى حدوث تأخر في النمو اللغوي فإنها لا تؤدي إلى حدوث قصور في المهارات اللغوية، كما أنها لا تؤدي إلى التخلف العقلي. أما التأخر في النمو اللغوي أو النمو العقلي الذي يمكن أن يتعرض له الأطفال المكفوفون فقد يرجع إلى انهم يعتمدون كثيراً على اللمس في سبيل تعلم الحقائق المختلفة عن البيئة التي يعيشون فيها أي عن العالم من حولهم. ومع ذلك فإن تأخرهم عن أقرانهم المبصرين قد لا يدوم طويلاً، وإن كانوا يحتاجون إلى أن يتعلموا بشكل مباشر العديد من الأشياء التي يتعلمها أقرانهم المبصرون بشكل عرضي. وإلى جانب ذلك فإن قدرتهم على الحركة والتوجه تعد عاملاً حاسماً في سبيل تحقيقهم التوافق الاجتماعي الناجح. ونظراً لأن الطفل الكفيف يتأخر في نموه الحركي فإنه يحتاج إلى التشجيع المباشر حتى يتمكن من استكشاف العالم من حوله. هذا وتوجد هناك علاقة تطابق بين السن التي يحدث عندها كف البصر ودرجة فقد الإبصار والمهارات الحركية لدى الفرد. وإذا كانت الحركة بالنسبة للفرد الكفيف تعتمد على الدافعية فإن مهاراته الحركية تعتمد بدرجة كبيرة على قدرته المكانية. وفي هذا الإطار نلاحظ أن من يقومون بإدراك البيئة على شكل خرائط معرفية يتفوقون في مهاراتهم الحركية على من يدركونها بشكل تتابعي أو متتالي.

وجدير بالذكر أنه لا يوجد لدى الأفراد المكفوفين إحساس وراثي بوجود العقبات في المكان، إلا أن بعضهم يتمكنون مع ذلك من تطوير قدرتهم على اكتشافمثل هذه العقبات وذلك من خلال اكتشاف التغيرات التي يمكن أن تطرأ على نغمة الصوت كما تتضح في صدى الصوت مع اقترابهم من تلك العقبات التي توجد في المكان. وإلى جانب ذلك هناك اعتقاد خاطئ بين الناس بأن حدة الحواس الأخرى الباقية تتطور تلقائياً وبشكل أفضل لدى الأفراد

المكفوفين، ولكن الحقيقة تتمثل في أنهم يصبحون أكثر مهارة في التقاط الإشارات الحسية الأخرى من البيئة المحيطة، وبالتالي يصبحون أكثر وأفضل استغلالاً لحواسهم المرتبطة بها .

هذا ومن الصعب المقارنة بين الطلاب المكفوفين وأقرانهم المبصرين في مستوى التحصيل الأكاديمي نظراً لأننا نفحص كلا الطرفين أو نقوم باختبارهما في ظل ظروف مختلفة. ومع ذلك فإن الأطفال المكفوفين يتأخرون عن أقرانهم المبصرين في التحصيل الأكاديمي بشكل عام، ويعتقد البعض أن ذلك إنما يرجع في الأساس إلى عدم تعليمهم استخدام طريقة برايل منذ سن مبكرة في حياتهم. وفضلاً عن ذلك فإن الأفراد المكفوفين يتعرضون للكثير من مشكلات الشخصية، كما يتعرضون أيضاً للعديد من المشكلات في التوافق الاجتماعي وربما يرجع ذلك إلى ردود فعل الآخرين المبصرين لكف البصر. كذلك فهناك الكثير من السلوكيات النمطية التي تصدر عن الكثير من المكفوفين والتي قد تحول دون تقبلهم الاجتماعي وهو الأمر الذي دفع بالكثير من الباحثين إلى تطوير أساليب معينة يكون من شأنها الحد من مثل هذه السلوكيات. ومع ذلك يرى البعض أن الهدف من تلك السلوكيات إنما يتمثل في الإبقاء على مستوى الإثارة لدى هؤلاء الأفراد.

ونظراً لأن الخبرات التربوية التي يتم تقديمها في الفصل العادي غالباً ما تكون بصرية فإن المعلمين يمكنهم بإدخال بعض التعديلات عليها أن يطبقوا نفس مبادئ التعلم على الطلاب المكفوفين والمبصرين. وقد تتضمن تلك التعديلات أو المواءمات ما يلي :

1- استخدام طريقة برايل .

2- استغلال البقايا البصرية الموجودة لدى البعض منهم.

3- الاعتماد على مهاراتهم في الإنصات.

4- تدريبهم على التوجه والحركة.

ومما لا شك فيه أن الفترة من منتصف الستينيات من القرن الماضي وحتى الآن قد شهدت انخفاضاً كبيراً في استخدام طريقة برايل من جانب الأفراد المكفوفين وهو الأمر الذي يعتقد البعض أنه قد أدى إلى انتشار الأمية الأبجدية بينهم. ولذلك فقد أصدر الاتحاد الفيدرالي القومي للمكفوفين ما يعرف بوثائق برايل حتى يزيد من انتشار طريقة برايل واستخدامها من جانب الطلاب المكفوفين إلى جانب الوصول بمستوى معلميهم إلى حد الكفاءة في استخدامها أيضاً. وإذا كان من الضروري تدريب الأطفال ضعاف البصر على استخدام البقايا البصرية التي توجد لديهم فإن هناك طريقتين لذلك هما :

1- استخدام الكتب التي تتم طباعتها بخط كبير.

2- استخدام العدسات المكبرة وغيرها مما تقوم بنفس الوظيفة.

وفضلاً عن ذلك فإنه ينبغي أن يتم تدريب هؤلاء الطلاب على استخدام مهارات الإنصات في الحصول على المزيد من المعلومات من البيئة المحيطة وهو الأمر الذي يتطلب ضرورة تدريبهم على تطوير تلك المهارات لأنها لا تتطور بشكل تلقائي أي من تلقاء ذاتها. كذلك فهناك المواد الدراسية المختلفة التي يتم تسجيلها لهم إضافة إلى أقرانهم الذين يعانون من مشكلات شديدة في القراءة حتى وإن لم يكونوا مكفوفين وهو الأمر الذي يتطلب في المقام الأول استغلال مهارات الإنصات من جانبهم والاستفادة منها .

ويتضمن تدريب هؤلاء الطلاب أو الأفراد المكفوفين عامة على الحركة والتوجه استخدام العصا الطويلة، والكلب المرشد، والشخص المرشد. ويجب أن يبدأ استخدام العصا الطويلة منذ مرحلة ما قبل المدرسة، أما الكلب المرشد فيجب ألا يتم تدريب الأطفال على استخدامه آنذاك، ولكن يجب البدء في استخدامه منذ مرحلة المراهقة. ومن جانب آخر ينبغي ألا يكون اللجوء إلى الشخص المرشد هو المصدر الأساسي للمساعدة لأنه يؤدي إلى اعتماد الشخص الكفيف على الآخرين. ويشهد الوقت الراهن زيادة كبيرة في استخدام العديد من الأساليب التكنولوجية في سبيل مساعدة هؤلاء الأفراد على التواصل والتحرك في البيئة المحيطة فيتم استخدام آلة كورزويل1000 Kurzweil (1000) لتحويل المادة المطبوعة إلى برايل أو إلى حديث صوتي. كذلك هناك آلة برايل لتدوين الملاحظات التي تسمح بتدوين الملاحظات باستخدام طريقة برايل. أما الخط الإخباري newsline فهو عبارة عن خدمة تسمح لمستخدميها بتناول ما تعرض له الصحف القومية وبعض الصحف المحلية وذلك عن طريق التليفون اللمسي. وإضافة إلى ذلك فهناك خدمة الفيديو الوصفية والتي تقدم وصفاً لما يحدث في الأفلام أو في بعض شرائط الفيديو لمثل هؤلاء الأفراد.

ومن جانب آخر هناك بعض الوسائل التكنولوجية التي يمكن استخدامها في مجال الحركة أو التحرك في البيئة المحيطة مثل عصا الليزر، والمستكشف الصوتي للطريق لا تزال في طور التجريب. كما توجد بعض المواءمات التكنولوجية التي تسمح بالتعامل مع البيئة مثل الأنساق الإشارية الصوتية، والأنساق المتعلقة بقراءة المكتوب على الأتوبيسات، والصراف الآلي الصوتي. ومع ذلك يجب أن نحتاط عند استخدام مثل هذه الوسائل التكنولوجية المتطورة حيث هناك شك في إمكانية أن تحل محل الأدوات الأساسية في هذا الصدد كطريقة برايل أو العصا الطويلة، كما أنه قد اصبح بمقدور الأفراد المكفوفين الآن الاستفادة من بعض الأساليب التكنولوجية المتاحة لعامة الناس كالشبكة الدولية للمعلومات على سبيل المثال.

هذا وهناك أربعة بدائل أساسية للتسكين التربوي توجد أمام الطلاب المكفوفين تمتد على متصل للعزلة وذلك من الأقل انعزالاً إلى الأكثر انعزالاً هي :

1- لمدارس التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية.

2- فصول التربية الخاصة.

3- غرف المصادر .

4- الفصول العامة مع تقديم الخدمات التي ترتبط بالمعلم المتنقل.

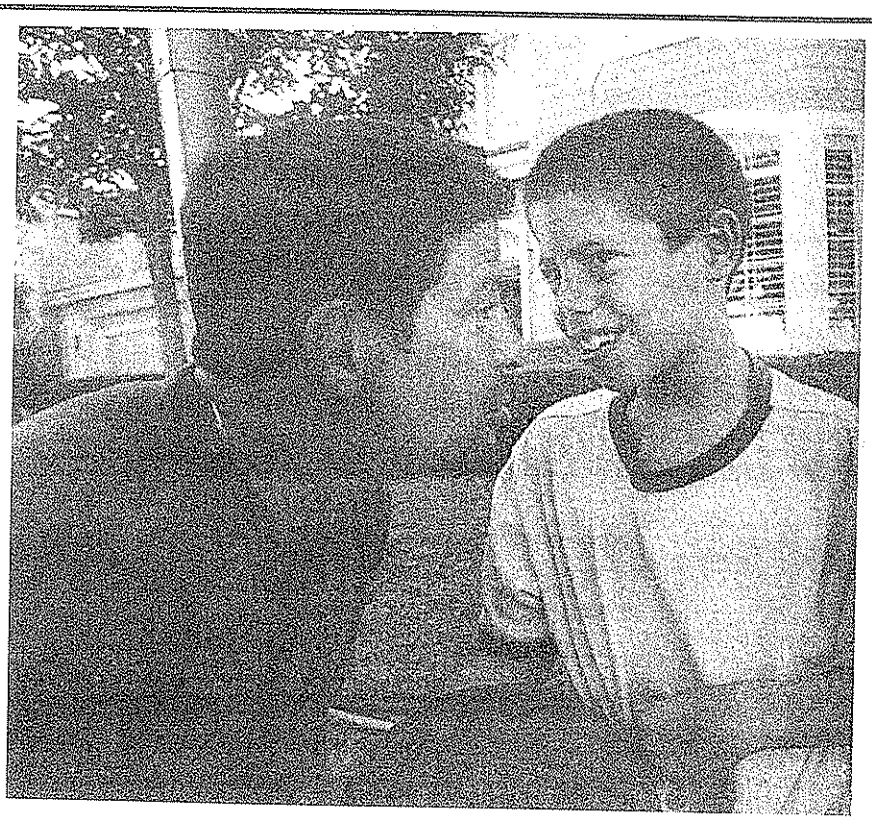
وإلى جانب ذلك فإن التدخل المبكر للأطفال المكفوفين يعد غاية في الأهمية نظراً لانحسار تفاعلهم الاجتماعي، وتأثر حركتهم سلباً بكف بصرهم. ولذلك فإن التدخل المبكر غالباً ما يركز على تفاعل الوالدين مع الطفل وعلى رد فعلهما لإعاقته تلك، بينما تركز تلك البرامج التي يتم تقديمها للمراهقين والراشدين المكفوفين على تحقيق الاستقلال في الحياة وعلى التشغيل أي تشغيلهم في الأعمال المختلفة. وما يزيد من أهمية الاستقلال أن المجتمع غالباً ما ينظر إلى هؤلاء الأفراد على أنهم عاجزون أي لا يقدرون على التصرف بمفردهم. كذلك فإن تشغيل هؤلاء الأفراد يعتبر أمراً مهماً أيضاً، إلا أنه أصبح يحتاج إلى إجراء بعض التعديلات في الأمور التي ترتبط بتلك الوظائف التي يشغلونها كاستخدام وسائل مواصلات خاصة بهم، واستخدام برامج حاسوبية خاصة وهو الأمر الذي يكون من شأنه زيادة معدلات تشغيلهم.

الفصل الثاني عشر

12

الأطفال ذو اضطرابات التوحد

Learners with Autism Spectrum Disoders



مقدمة:

من الجدير بالذكر أن أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يساء فهمهم من قبل الآخرين في الغالب حيث يعد قيامهم بالعديد من السلوكيات الغريبة أمراً محيراً للرفاق فضلاً عن الكثير من المختصين وهو ما يؤدي بالآخرين غالباً إلى سوء تفسير ما يمكن أن يصدر عنهم من أفعال أو سلوكيات مختلفة إذ ينظرون إليها آنذاك على أنها تمثل تحدياً مُتَعَمَداً لهم، ولما يمكن أن يصدرونه لهم من أوامر أو نواهي.

ومن المهم في هذا الصدد أن نشير إلى ذلك السلوك الغريب الذي ألقى شور Shore الضوء عليه – وهو الحساسية الزائدة للضوء – والذي يعد في الواقع بمثابة أحد السلوكيات العديدة التصورية، والإدراكية، واللغوية، والاجتماعية الشاذة التي يبديها الأطفال التوحديون. ومع أن هناك أنماطاً متناسقة من جوانب القصور التي تصاحب اضطراب التوحد فهناك كثير من التنوع في تلك الأعراض التي تظهر لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد حيث نجد على سبيل المثال أنه ليس كل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد لديهم تصورات عالية الحساسية، أو يكون أداؤهم العقلي في المدى الذي يميز الأفراد المتخلفين عقلياً، وفضلاً عن ذلك فإن البعض الآخر منهم يكونون أذكياء إلى حد ما. وكما لاحظ شور shore في بعض كتاباته أنه قد كانت لديه قدرة لفظية مرتفعة على عكس الكثيرين الذين يعانون من اضطراب التوحد حيث أنه في واقع الأمر كان يعاني مما نطلق عليها متلازمة أسبرجر Asperger syndrome. وقبل أن ننتقل إلى تعريف اضطراب طيف التوحد وما يرتبط به من متغيرات وعوامل أو أنماط مثل متلازمة أسبرجر فإننا نرى أنه من الضروري أن نقدم سياقاً تاريخياً لمناقشتنا هذه حتى نتمكن من الحصول على نتائج مثمرة من جراء ذلك .

نظرة تاريخية؛ بحوث كانر kanner وأسبرجر Asperger

بدأ هذا العمل البحثي الأولى في مجال اضطراب التوحد بنشر ورقتين علميتين تم نشرهما في عامين منفصلين هما 1943، 1944 أجراهما طبيبان حيث أجرى الأولى ليو كانر Leo Kanner بينما أجرى الثانية هانز أسبرجر Hans Asperger. ومع أن كليهما ولد وتربى في فيينا Vienna فإن كانر Kanner قد ذهب إلى الولايات المتحدة وكتب ورقته التاريخية باللغة الإنجليزية بينما ظل العمل الذي قدمه أسبرجر Asperger مجهولاً أو غير معروف لسنوات عديدة , وربما يرجع ذلك إلى أنه قد نشره بالألمانية خلال فترة الحرب العالمية الثانية.

وجدير بالذكر كما يرى بلولير (1916) Bleuler أن كلاً من كانر وأسبرجر Kanner and Asperger استخدم مصطلح توحدي autistic للإشارة الى أولئك الأطفال الذين كانوا يلاحظونهم آنذاك مما جعل مصطلح اضطراب التوحد يصاغ في وقت مبكر من القرن العشرين، وتم استخدامه للإشارة إلى أولئك الأفراد الذين توجد لديهم علاقات محدودة أو ضيقة جداً مع غيرهم من الناس ومع العالم الخارجي، والذين ينعزلون عن نسيج الحياة الاجتماعية ويتقوقعون حول ذواتهم. ومن هنا يرى فريث (2003) Frith أن الكلمات "توحدي "autistic" واضطراب التوحد " autism قد اشتقتا في الأصل من الكلمة اليونانية autos بمعنى الذات.

بحث كانر Kanner

يذكر سكويرمان وفيبر (2002) Scheuermann& Weber أن كانر (1943) Kanner قد تناول حالات أحد عشر طفلاً من وحدة الطب النفسي للأطفال بجامعة جونز هوبكينز Johns Hopkins ووجد أن أهم الخصائص الرئيسية التى يتميز بها هؤلاء الأطفال كانت كما يلي:

- عدم القدرة على إقامة علاقة مع الآخرين بطريقة عادية.
- عزلة توحدية شديدة يبدو أنها عزلت الطفل عن العالم الخارجي.
- مقاومة واضحة لإمساك الآباء بهم.
- أوجه قصور في اللغة تتضمن الترديد المرضي للكلام أو ما يعرف بالمصاداة echolalia.
- رغبة استحواذية في التكرار والاستمرار في التشابه شبه التام sameness.
- قلة الأنشطة التلقائية كسلوك اللعب النمطي.
- الحركة الجسمية الغريبة والمتكررة كالدوران spinning أو التأرجح الدائم أو المستمر.

وفي ضوء ذلك كانت النتيجة الرئيسية التي توصل إليها كانر Kanner تتمثل في أن هؤلاء الأطفال يمكن تمييزهم عن الأطفال الذين يعانون من الفصام schizophrenia بثلاث طرق على الأقل هي:

1- يميل الأطفال الفصاميون إلى الانسحاب من العالم بينما لا يبدو مطلقاً على الأطفال التوحديين أنهم يقيمون أي ارتباطات اجتماعية يمكنهم البدء بها.

2- يتسم الأطفال التوحديون بوجود أنماط لغوية فريدة من أهمها قلب الضمائر

فيستخدمون على سبيل المثال الضمير "أنا" I بدلاً من "هو أو هي لغير العاقل " It، ويستخدمون الضمير "هو" he بدلاً من "هي" she فضلاً عن الترديد المرضي للكلام echolalia، وتكرار الكلمات أو العبارات.

3- لا يتعرض الأداء الوظيفي للأطفال التوحديين لحدوث تدهور مع مرور الوقت كما يحدث بالنسبة لبعض الأطفال الفصاميين.

بحث أسبرجر Asperger

تناول أسبرجر (Asperger, 1944) أربع حالات من الأطفال الذين لاحظهم في معسكر صيفي وكانوا يفضلون اللعب بمفردهم، ولا يتفاعلون مع الأطفال الآخرين، وذكر أن هؤلاء الأطفال كانوا يشبهون أقرانهم الذين لاحظهم كانر باستثناء خاصيتين أساسيتين كما يلي:

1- كانت نسبة ذكائهم متوسطة ومع ذلك فقد كانوا يحصرون أعمالهم العقلية أو الإدراكية في انشغال أو اهتمام قهري معين obsessed في مجالات ضيقة مثل الحسابات الرياضية.

2- كانت لغتهم تبدو عادية، ورغم ذلك فقد كشفت أبحاث تالية عن وجود بعض أوجه الشذوذ اللغوي البسيط لديهم كما سنوضح في موضع لاحق من الفصل الحالي.

وقد أشار أسبرجر Asperger إلى تلك الحالات على أنها تعاني من "اضطراب توحدي" autistic، وبعد حوالي أربعين عاماً تقريباً اكتسب هذا العمل شهرة علمية وذلك عندما نشرت Lorna Wing بحثاً أشارت خلاله إلى البحث الأصلي الذي قدمه أسبرجر Asperger مما أدى إلى زيادة الاهتمام بهذا الموضوع. وفضلاً عن ذلك فقد اقترحت في ذلك البحث تسمية تلك الحالة بمتلازمة أسبرجر. ومن الملاحظ أن ذلك البحث قد جذب الانتباه إلى هذه الحالة وهو ما كان بمثابة المحفز الأساسي للاعتراف بتلك المتلازمة كحالة تستحق الاهتمام والانتباه .

تعريف اضطرابات طيف التوحد

على الرغم من أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA يتناول اضطراب التوحد كفئة مستقلة منذ عام 1990 فإن الاضطرابات الأخرى المشابهة لهذا الاضطراب في العديد من الأمور يتم جمعها في الواقع بشكل نمطي تحت مصطلح أوسع من ذلك هو اضطرابات طيف التوحد autism spectrum disorders أو تحت مصطلح آخر مشابه هو الاضطرابات النمائية أو التطورية العامة أو المنتشرة pervasive developmental disorders على الرغم من أن معظم المتخصصين يستخدمون مصطلح اضطرابات طيف التوحد.

ومن الجدير بالذكر أن جميع هذه الاضطرابات التي يتم تصنيفها في الواقع على أنها اضطرابات طيف التوحد إنما تتميز بصفة أساسية كما يشير ستروك Strock (2004) بوجود أعراض محددة تظهر على هيئة درجات متفاوتة من الضعف أو القصور في ثلاثة مجالات أساسية هي:

(1) مهارات التواصل .

(2) التفاعلات الاجتماعية.

(3) الأنماط السلوكية التكرارية والنمطية أو المقولبة .

ويوضح الجدول (12-1)خمسة اضطرابات تضمها اضطرابات طيف التوحد وذلك كما يلي:

جدول (12-1) اضطرابات طيف التوحد

- الاضطراب التوحدي: هو الانعزال والضعف أو القصور في التواصل. وغالبا ما يشمل حركات نمطية أو مقولبة stereotyped، ومقاومة للتغيير، واستجابات غير عادية للخبرات الحسية. وعادة ما يظهر على الطفل قبل بلوغ العام الثالث من عمره.
- متلازمة أو اضطراب اسبرجر: Asperger يشبه كثيراً المستوى المتوسط من اضطراب التوحد دون ان يصاحبه قصور كبير في الادراك أو المعرفة، واللغة.
- متلازمة ريت: Rett نمو عادي لمدة تتراوح بين الشهر الخامس من العمر الى سن اربع سنوات يتبعها نكوض أو ارتداد وتخلف عقلي، ويعد أكثر انتشاراً بين الاناث.
- اضطرابات الطفولة التفككي أو التفسخي: disintegrative نمو عادي لمدة عامين على الاقل، وقد تمتد الى العاشرة من العمر، يتبعها فقد دال للمهارات، ويعد أكثر انتشاراً بين الذكور.
- اضطراب نمائي عام أو منتشر غير محدد في مكان اخر (PDD-NOS): هو ذلك الاضطراب الذي يظهر لدى أولئك الاشخاص الذين يأتون بسلوكيات تشبه اضطراب التوحد ولكن بدرجة اقل من الحدة، وتكون بدايته بعد سن الثالثة من العمر.

مع أن معظم ما سنناقشه في هذا الفصل ينطبق على جميع حالات أو اضطرابات طيف التوحد فإننا سنركز بصفة أساسية على أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد أو الذين يعانون من متلازمة أسبرجر. وكما سنلاحظ فيما بعد خلال مناقشتنا لمعدلات الانتشار

فإن اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر يعدان هما الاضطرابين الأكثر شيوعاً في اضطرابات طيف التوحد.

تعريف اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA بمثابة إعاقة نمائية أو تطورية تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي من جانب الطفل، وعادة ما يظهرهذا الاضطراب بشكل عام قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره مما يجعل من شأنه أن يؤثر سلباً على أداء الطفل. وهناك خصائص أخرى مصاحبة لاضطراب التوحد هي الانغماس في أنشطة تكرارية و حركات نمطية أو مقولبة stereotyped ومقاومة للتغيير الذي قد يطرأ على البيئة أو التغيير في الروتين اليومي، والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية. ولا ينطبق هذا التشخيص على الطفل إذا كان أداؤه التعليمي يتأثر في الأساس تأثراً عكسياً من جراء اضطراب انفعالي خطير يعاني منه (34 C.F.R. Part 300, 300.7(b) (1)). ومن جهة أخرى فإن اضطراب التوحد يتسم بوجود أوجه قصور معرفية شديدة مع أن ذلك لم يتضح بشكل محدد في التعريف الذي يقدمه قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA.

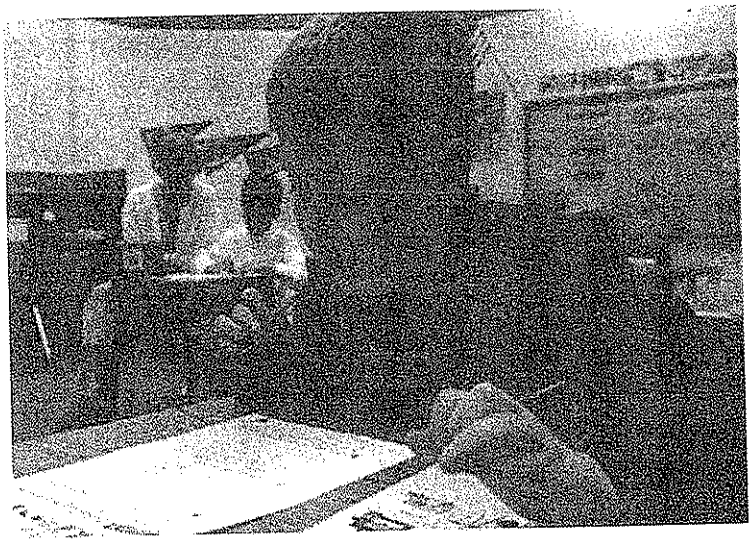
قد يتسم الأطفال ذوو اضطرابات طيف التوحد بكثير من الخصائص التي غالباً ما تتضمن مقت أو بغض التفاعل مع الرفاق

تعريف متلازمة أو اضطراب أسبرجر Asperger syndrome

من الواضح أن أولئك الأشخاص الذين يعانون من متلازمة أو اضطراب أسبرجر Asperger يتمتعون في الواقع بمستوى من المهارات والذكاء والتواصل أعلى من أقرانهم الذين يعانون من اضطراب التوحد، ومع ذلك فإنهم يتسمون بمعظم الخصائص المميزة لاضطرابات طيف التوحد إن لم يتسموا بكل تلك الخصائص وما تتضمنه من صعوبة أو مشكلات في التفاعلات الاجتماعية. وبوجه عام فإن البعض يعتقد أن متلازمة أو اضطراب أسبرجرAsperger ما هو إلا نمط بسيط من اضطراب التوحد.

معدل انتشار اضطرابات طيف التوحد Prevalence

من الجدير بالذكر أن معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة حيث تدل الإحصاءات الحديثة على أن 0.15% (15 من كل 10.000) من الأطفال في سن المدرسة يتلقون خدمات تربوية خاصة تحت ما يسمى بفئة اضطراب التوحد. وتوضح المراجعة الحديثة للدراسات العديدة التي تم إجراؤها في هذا الصدد كما يشير فريث (2003) Frith نقلاً عن ونج وبورتر (2002) Wing & Potter أن البيانات الأكثر مصداقية إنما تدل على أن تلك الاضطرابات تنتشر بمعدل يبلغ 60 حالة لكل 10.000 حالة ولادة. ومع ذلك فمن الصعب التوصل إلى أو تحديد معدلات دقيقة لانتشار هذه الاضطرابات وإن كان البعض يذهب كما يرى فريث (2003) Frith إلى أن معدل انتشار متلازمة أسبرجر يبلغ ما بين 36 – 48 لكل 10.000 حالة ولادة، أما معدل انتشار متلازمة ريت Rett كما يرى ستروك (2004) Strock فيبلغ في الواقع1 إلى كل 10.000 – 15.000 حالة ولادة في حين يبلغ معدل انتشار اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي1 إلى كل 50.000 حالة ولادة وهو الأمر الذي يجعله اضطراباً نادراً جداً. ومن ثم فإن هناك تناسقاً في معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد كما يتضح من النتائج التي أسفرت عنها الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد حيث يزداد معدل انتشار تلك الاضطرابات لدى الذكور قياساً بالإناث حيث تبلغ تلك المعدلات حوالي 4 : 1 أو 3 : 1 باستثناء متلازمة أو اضطراب ريت Rett الذي لا يحدث إلا للإناث فقط. وعندما تتعرض البنات لاضطراب التوحد يكون من الأكثر احتمالا بالنسبة لهن أن يعانين من ضعف أو أوجه قصور معرفية. ومن ثم يتضح أن معدلات انتشار اضطراب التوحد قد تزايدت بدرجة كبيرة خلال الثلاثين إلى الأربعين سنة الماضية وهو ما أدى بالبعض إلى الاعتقاد في وجود اضطراب توحد وبائي. ومع ذلك فإن معظم الباحثين يعتقدون أن هذه الاعتقادات مبالغ فيها بدرجة كبيرة .



تتباين معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد بدرجة كبيرة
مع زيادتها عند الذكور قياساً بالإناث

هل هناك وباء يعرف باضطراب التوحد؟

كان اضطراب التوحد يعتبر اضطراباً نادراً في وقت من الأوقات أما الآن فإن كل فرد تقريباً يعرف شخصاً ما أو فرداً على الأقل من أفراد عائلة معينة يعاني من اضطراب التوحد أو اضطراب أسبرجر Asperger. ومن الواضح كما يشير ناش (2002) Nash أن نسبة من يعانون من اضطرابات طيف التوحد في الوقت الراهن إنما تبلغ خمسة أضعاف من يعانون من متلازمة أعراض داون Down كما تبلغ أيضاً ثلاثة أضعاف نسبة الأحداث المصابين بالبول السكري. juvenile diabetes

وقد أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد كما يرى فومبون (1999) Fombonne وفريث (2003) Frith والمركز القومي للبحوث (2001) Nation Research Council وونج وبوتر (2003) Wing &Potter أن هناك زيادة كبيرة في نسبة من يعانون من اضطراب التوحد وذلك منذ إجراء أول دراسة مسحية في هذا الإطار لاضطراب التوحد على نطاق واسع وذلك عام 1966 والتي أسفرت نتائجها عن أن معدل انتشاره في الواقع يبلغ 4.5 لكل 10.000. ونظراً لأن مثل هذه الدراسة قد تم إجراؤها قبل اكتشاف الطيف الكامل لاضطرابات التوحد بما فيه اضطراب أو متلازمة أسبرجر Asperger فقد يكون من العدل مقارنتها بمعدلات انتشار اضطراب التوحد الكلاسيكي في الوقت الراهن حيث تظهر المعدلات الحالية لانتشار اضطراب التوحد والتي يرى البعض أنها تبلغ ما بين 8 الى 30 لكل

10.000 حالة ولادة رغم ما عليها من تحفظات أن الزيادة في معدلات الانتشار قد تصل إلى الضعف تقريباً على الأقل. وتؤدي مثل هذه الزيادة في الإحصاءات الخاصة بمعدلات الانتشار بالبعض إلى الاعتقاد بأن بعض المواد الغامضة السامة في بيئتنا قد تكون هي المتهم الأول في هذا الإطار. ويشير البعض إلى أن انتشار التطعيمات والأمصال للأطفال الرضع وأقرانهم في مرحلة المبكرة له أثره السلبي في هذا الصدد. ويرى معظم العلماء أنه لا يوجد وباء حيث لا توجد زيادة في عدد الحالات الفعلية التي تعاني من الاضطراب على الرغم من أن الإحصاءات الحديثة التي أصدرها المركز القومي لبحوث ودراسات اضطراب التوحد NAAR(2003) تؤكد أن نسبة الانتشار الراهنة تبلغ في الواقع حالة واحدة لكل 250 حالة ولادة تقريباً حيث ترجع تلك الزيادة إلى سببين رئيسيين هما :

1- زيادة المعايير التي يتم استخدامها في التشخيص والتوسع فيها لتضم الحالات البسيطة مثل متلازمة أسبرجر.

2- زيادة الوعي باضطراب التوحد بين عامة الناس من جهة وبين الأخصائيين الطبيين والنفسيين و التربويين من جهة أخرى.

أسباب اضطراب التوحد Causes

من الملاحظ أن الزيادة السريعة التي شهدتها معدلات انتشار اضطراب التوحد قد واكبها في الواقع زيادة في محاولات البحث عن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه والتي تعد في الواقع هي المسئولة عن تلك الزيادة وهو الأمر الذي أدى إلى تغيير فهمنا لتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى تلك الحالة مما أدى إلى استبدال النظريات السببية التأملية بعدد من النظريات العلمية أي التي ترتكز على أسس علمية محددة. والشاهد في هذا المجال يرى أن أفكار التحليل النفسي قد أرجعت على مدى عقود عديدة حدوث اضطرابات التوحد إلى الاتجاهات الوالدية أو سلوك الوالدين. ومع ذلك فنحن نعلم في وقتنا الراهن أن ذلك التفسير الذي قدمه التحليل النفسي لم يكن صواباً بل كان خطأ حيث ترجع اضطرابات طيف التوحد إلى اختلال في الأداء الوظيفي للمخ. كما أننا نعلم إلى جانب ذلك أن أسر هؤلاء الأطفال وخاصة والدوهم قد خبروا قدراً كبيراً من الضغوط نظراً لأنهم فوجئوا بإعاقة طفلهم بشكل أقل ما يقال عنه أنه كان مفاجئاً وغير متوقع. وبالنسبة لهذا الطفل فإنه عادة ما يشبه الأطفال العاديين، وغالباً ما يكون قد مر بفترة قصيرة من النمو الطبيعي تتراوح بين بضع شهور إلى عدة سنوات وذلك قبل أن يلاحظ الوالدان حدوث شيء خاطئ بالنسبة له، وبالتالي فإنهما يشرعان في التصرف بأساليب تعكس ما يمران به من ضغوط على أثر ذلك إذ أن هذا الطفل يحتاج إلى مهارات والدية غير تقليدية في سبيل التعامل معه فضلاً عن تلك الخبرة غير

العادية أو السيئة التي يكون الوالدان قد مرا بها على أثر مثل هذا التغير أو التحول الذي يكون قد انتاب طفلهما.

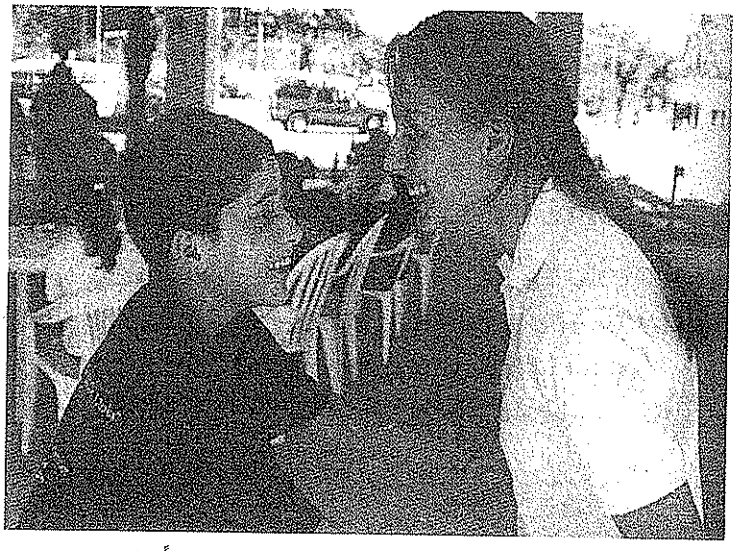
وجدير بالذكر أن العلماء لا يعرفون بالتحديد حتى الوقت الراهن كما يرى كوفمان(2001) Kauffman ما هو ذلك الخطأ الذي يتعرض المخ له في حالة اضطراب طيف التوحد، ولكنهم يرون بشكل جلي أن السبب في ذلك يعد نيورولوجياً أي عصبياً وليس بين شخصي. كما أن تعدد الأعراض الدالة على الاضطراب واختلاف مستويات حدته إنما تدل على أنه ليس هناك سبب عصبي وحيد يعد هو المسئول عنه، بل هناك عدة أسباب نيورولوجية لذلك.

ونظراً لأننا نبحث دوماً عن تفسير بسيط لحدوث اضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات فقد تمت صياغة العديد من الفروض حول وجود أسباب متباينة مثل التطعيم ضد أمراض الطفولة، أو وجود أو عدم وجود مادة معينة في الدم إلى غير ذلك من الفروض أو الافتراضات التي أثيرت في أوقات مختلفة. كما أن مثل هذه الفروض كانت تدور في بعض الأحيان حول أساليب الوقاية من ذلك الاضطراب أو حول أساليب العلاج. إلا أن الدراسات العلمية الدقيقة قد أثبتت بما لا يدع مجالاً للشك أن كل التفسيرات البسيطة أو التي تقوم على أساس وجود سبب واحد فقط للاضطراب تعتبر تفسيرات خاطئة.

النظريات السببية الأولى أو المبكرة Early Causal Theories

يذهب هيويتسون (2002) Hewetson إلى أن أسبرجر Asperger يرى أن هناك أساساً بيولوجياً لاضطراب التوحد، وأن الوراثة تلعب دوراً هاماً وحيوياً في حدوث ذلك الاضطراب. ومن جهة أخرى يرى كانر Kanner أيضاً أن سبب اضطراب التوحد يعد بيولوجياً، و لكنه ذكر أيضاً أن آباء هؤلاء الأطفال لم يكونوا ودودين warmhearted حيث لاحظ وجود عدد قليل جداً من الآباء و الأمهات الودودين أو العطوفين warmhearted في المجموعة كلها التي أجرى دراسته عليها وقام بملاحظتها. ووجد إلى جانب ذلك أنه حتى بعض الزيجات الأكثر سعادة كانت هي الأكثر برودة من الناحية العاطفية، وأن العلاقات بينها كانت أكثر رسمية فضلاً عن أن ثلاثة من تلك الزيجات كانت فاشلة تماماً. وهنا يأتي السؤال الهام عما إذا كانت تلك الحالة هي المسئولة فعلاً عن حالة أولئك الأطفال، وإلى أي مدى يمكنها أن تؤدى إلى ذلك فعلاً. والواقع أن انعزالية الطفل منذ بداية حياته تجعل من الصعب علينا أن نقوم بإرجاع الصورة بكاملها الى نوع معين من العلاقات التي تنشأ بين هؤلاء الأطفال ووالديهم. ويرى كانر (1943، 1973) Kanner أنه يجب علينا إذن أن نفترض أن هؤلاء الأطفال قد جاءوا إلى العالم ولديهم عجز فطري عن إقامة تواصل عادي مع الآخرين يتسم بالفاعلية من الناحية البيولوجية.

وعلى الرغم من أن كلاً من كانر Kanner وأسبرجر Asperger يؤكدان على وجود أساس بيولوجي لاضطراب التوحد فإن الآراء الخاصة بالتحليل النفسي التي سادت خلال عقد الستينيات كانت هي المسيطرة على فكر العلماء والباحثين على مدى سنوات عديدة. وفي هذا الإطار ركز التحليل النفسي على فكرة أن الآباء وخاصة الأمهات هن السبب الرئيسي في تعرض الأطفال لاضطراب التوحد. ويذهب إيزنبرج وكانر Eisenberg& Kanner (1956) إلى أن ذلك قد يرجع في الأساس إلى اعتقادهم في تلك الفكرة التي ساقها كانر من قبل والتي تتعلق بأن آباء أولئك الأطفال لم يكونوا ودودين أو عطوفين إضافة إلى التقرير الذي تقدم به كانر بعد ذلك والذي يؤكد فيه على أن البرود العاطفي أو الانفعالي emotional refrigeration كان هو الصفة السائدة بين الأطفال التوحديين. وعلى ذلك خرج برونو بيتلهايم Bruno Bettelheim (1967) بنظرية يرى فيها ومن خلالها أن الأم التي تتسم بالبرود الانفعالي، والتي لا تستجيب لطفلها إنما تؤدي في الواقع إلى تعرضه لاضطراب التوحد. وقد استعار معظم الباحثين مصطلح الأم الثلاجة من بيتلهايم Bettelheim واستخدموه كي يشيروا إلى أمهات الأطفال التوحديين .



اعتقد الكثيرون في القرن العشرين أن الآباء وخصوصاً الأمهات
هن سبب تعرض أبنائهن لاضطراب التوحد

وكما لاحظنا في الفصل الرابع لم تمضي فترة طويلة على ذلك حتى صار من الشائع أن يتم توجيه اللوم إلى الآباء على ما يتعرض له أطفالهم من مشكلات. ولذلك لم يتم النظر إلى أفكار بيتلهايم Bettelheim على أنها راديكالية أو متطرفة. ونحن الآن ندرك مع بيل وهاربر

Bell & Harper (1977) أن وجهة السببية بين سلوك الطفل والبالغ إنما تعد بمثابة شارع ذي اتجاهين. وفي ضوء ذلك يصير من المعقول أن نستنتج أن والدي الطفل الرضيع غير المستجيب نسبيا سوف يبديان هما نفسهما سلوكيات تتسم بالبرود والتباعد. وفضلاً عن ذلك فنحن نعرف أن أسر وآباء الأطفال التوحديين يخبرون الكثير من الضغوط المختلفة نظراً لأنهم يُوَاجَهون فجأة و بشكل غير متوقع بإعاقة الطفل. وعادة ما نجد أن الطفل لا يبدو مختلفاً عن الطفل العادي، وأنه غالبا ما يمر بفترة قصيرة من النمو العادي على مدى عدة شهور أو سنوات قليلة وذلك قبل أن يدرك الآباء أن هناك شيئاً ما خطأ وهو الأمر الذي يجعلهم يتصرفون بطرق وأساليب من شأنها أن تعكس ما يتعرضون له من ضغط نفسي وكرب أو هم.

ومن جهة أخرى يثار تساؤل هام ورئيسي حول إمكانية وجود علاقة بين تطعيمات الحصبة Measles والتهاب الغدة النكفية (النكاف) Mumps والحصبة الألمانية Rubeua من جهة والتي تكتب اختصاراً MMR وبين اضطراب التوحد من جهة أخرى. وتدل الإجابة عن ذلك على وجود خلاف حول ما إذا كانت مثل هذه الأمصال تسبب اضطراب التوحد أم لا إذ أن هناك تأكيدات على أن الثيمروزال themerosal الذي يحتوي على كميات قليلة جداً من الزئبق يوضع موضع اتهام، أما الجرعات الكبيرة من الزئبق فتؤدي في الواقع إلى أوجه قصور نيورولوجية. وعلى ذلك فإن الأدلة المتاحة تشير إلى عدم وجود علاقة بين هذا المصل وبين اضطراب التوحد. وفيما يلي عرض موجز لكيفية ظهور هذه النظرية الخادعة التي تم قبولها ظاهرياً، والتي كان لها تأثيرها على عامة الناس وذلك على نطاق واسع والتي تعد بمثابة درس شيق عن كيفية حدوث التفاعل بين العلوم والإعلام والسياسة العامة والنسق القانوني.

وفي الواقع يرجع ذلك إلى أنه في عام 1998 نشر أندرو ويكفيلد Andrew wakefield واثنا عشر مؤلفاً آخرين بحثاً في مجلة علمية تسمى The Lancet عن اثنتا عشرة حالة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد والمحولين إلى عيادة المشكلات المعديمعوية (المرتبطة بالمعدة والأمعاء) في إنجلترا. و قد توصل walkefield ورفاقه الى استنتاجين هامين هما:

1- أن العديد من هؤلاء الأطفال يعانون من نمط معين من الاضطرابات المعدية (التي تتعلق بالمعدة) .

2- قام الأطباء أو الآباء بعزو بداية ظهور الأعراض الخاصة باضطراب التوحد لدى ثمانية من هؤلاء الأطفال إلى تطعيمات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR حيث كانت هي تلك الأعراض التي ظهرت عليهم فجأة بعد التطعيم بفترة قصيرة تتراوح بين 48 ساعة وأسبوعين.

ومع ذلك فقد انتهى الباحثون إلى عدم وجود علاقة بين تلك التطعيمات أو الأمصال وبين اضطراب التوحد. وفي هذا الإطار كتب عدد من المحررين تعليقا على ذلك البحث وأوضحوا أن إحدى المساوئ الكبرى التي تضمنها كانت تتمثل في ظهور الأعراض الدالة على الاضطراب بعد التطعيم بقليل وربما كان ذلك متزامناً للتطعيم. ومن ثم فقد حذر هؤلاء المحررون عامة الناس من تصديق ما توصل إليه هذا البحث أو الاعتقاد فيه فإن هذا التحذير لم يصل إلى الكثيرين منهم، وعندما تم نشر الارتباط المحتمل بين مثل هذه التطعيمات واضطراب التوحد في وسائل الإعلام انتشر الخوف سريعاً في أوربا و أمريكا الشمالية .

وقد دفع رد الفعل العام الكثير الى إظهار الاهتمام بأن عامة الناس سوف يفقدون الثقة في مصل MMR وهو الأمر الذي يمكن أن يكون من شأنه أن يؤدي إلى انتشار الحصبة. وعلى ذلك كتب كثير من الباحثين والأطباء خطابات عديدة إلى محرري مجلة The Lancet عن هذا الأمر مما أدى إلى تراجع ويكفيلد Wakefield ورفاقه عن تفسيرهم السابق مؤكدين أن هدفهم لم يكن يتعلق بمثل هذا الاحتمال. وإلى جانب ذلك أظهر تقرير المعهد الطبي بعد مراجعة الأدلة المتاحة أن رفضاً لوجود علاقة سببية بين مصل الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR وبين اضطراب التوحد. ومع ذلك قام العديد من الآباء في الولايات المتحدة الأمريكية برفع دعاوى قضائية يتهمون فيها تلك الأمصال بأنها قد سببت اضطراب التوحد لأطفالهم .

النظريات السببية الراهنة Today's Causal Theories

من الجدير بالذكر أنه ليس بمقدور العلماء وفقاً لرؤية المركز القومي للبحوث (2001) National Research Council وما يذهب إليه ستروك (2004) Strock أن يحددوا بشكل دقيق ذلك الخطأ أو المشكلة التي يشهدها المخ أو التي تحدث فيه ويكون من شأنها أن تؤدي في الواقع إلى حدوث اضطرابات طيف التوحد autism spectrum disorders ولكنهم مع ذلك يتفقون على أن مثل هذا السبب يعد عصبياً في أساسه وليس بينشخصي أو اجتماعي. وفضلاً عن ذلك فإن لديهم من الأدلة القوية ما يؤكد على أن الوراثة heredity تلعب دوراً هاماً في كثير من هذه الحالات، ومع ذلك فإذا ما نظرنا إلى ذلك المدى الكامل للأعراض المميزة لتلك الاضطرابات والتي تدل عليها، وإذا ما نظرنا من جانب آخر إلى تلك المستويات من الحدة التي تبدو بها اضطرابات طيف التوحد فسوف يصير من المعقول أن نحدد أنه لا يمكن أن يكون هناك سبباً نيورولوجياً أو جينياً واحداً أو وحيداً يعد هو المسئول في الواقع عن حدوث مثل هذه الحالات أو الاضطرابات وهو الأمر الذي يؤكد على وجود مجموعة من الأسباب لتلك الحالة.

الأساس العصبي لاضطرابات طيف التوحد

من الملاحظ كما يرى فولكمار وبولز (2003) Volkmar & Pauls أن وجود أساس عصبي لاضطرابات طيف التوحد إنما ترجع بطبيعة الحال إلى حقيقة هامة مؤداها أن الأفراد التوحديين يتعرضون في الواقع لمعدل مرتفع لحدوث الاضطرابات بالمخ فضلاً عن تعرضهم للعديد من أوجه القصور المعرفية. وفضلاً عن ذلك فإن الدراسات التي تقوم على الفحص الطبي للجثة بعد الوفاة postmortem studies وتلك الدراسات التي تعتمد على التصوير العصبي إنما تستخدم نفس الأساليب التى تناولناها بالمناقشة في فصول سابقة وخاصة تلك الفصول التي تناولنا فيها صعوبات التعلم واضطراب الانتباه المصحوب النشاط الحركي المفرط ADHD (كأشعة البوزيترون، ورسم المخ بالكمبيوتر CAT scan، والتصوير باستخدام الرنين المغناطيسي magnetic resonance) إنما أدت في الواقع كما يذهب فولكمار (2004) Volkmar وفولكمار وبولز (2003 Volkmar & Pauls إلى تصوير وتحديد عدد كبير من تلك المناطق التي يتضمنها المخ. ويوضح الشكل 12.1 بعض التراكيب أو الأجزاء الرئيسية بالمخ والتي تتأثر من جراء ذلك.

وفي هذا الإطار يتناول أحد الاتجاهات الشيقة للبحث العصبي بشكل خاص حجم المخ أو الرأس لأولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد. وقد شهد مثل هذا الاتجاه إجراء العديد من البحوث من أهمها دراسات كورشين وكاربر وأكشوموف (2003) Courchesne , Carper & Akshoomoff وكورشين وآخرين (2001) Courchesne et. al. وفومبون وروج وكلافيري وكورتي وفريمويلي (1999) Fombonne, Roge, Claverie , Courty & Fre-moile وبايفين وأرنت وبايلي وأندرسون (1996) Piven Arndt , Bailey & Anderson وبايفين وآخرين (1995) Piven et. al. وتكشف مثل هذه الدراسات عن أن حجم المخ وحجم الرأس بالنسبة لأولئك الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب التوحد يعد في الواقع أقل من الحجم العادي. وقد ذكر كانر Kanner في ورقته البحثية التي قدمها عام 1943 أن كثيراً من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد الذين قام بملاحظتهم ودراستهم كانت رؤوسهم كبيرة أكثر مما ينبغي. ويرى لاينهارت (2003) Lainhart أنه منذ ذلك الحين أصبح حجم الرأس الكبير أحد أهم النتائج النيوروبيولوجية الأكثر تكراراً بالنسبة لمثل هذا الاضطراب. أما الأدلة الراهنة فتؤكد كما يرى كورشين وآخرين (2001) Courches-ne et. al. على وجود عدة حقائق أو خصائص دالة لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يمكن تناولها كما يلي:

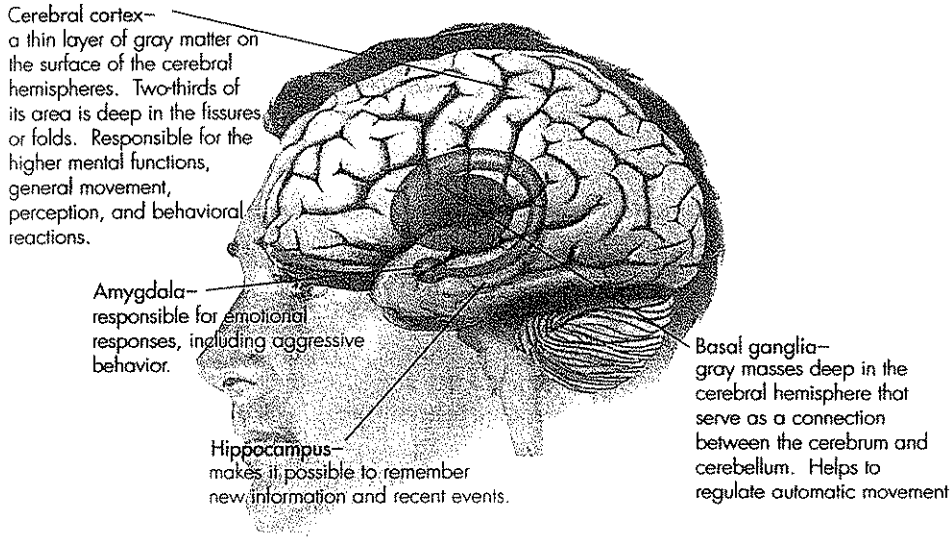
- يكون حجم المخ عند الولادة متوسطاً، وربما يكون أقل من المتوسط في بعض الحالات.
- يكون نمو المخ فجائياً وبشكل زائد أو مفرط في أول عامين من الحياة.
- يبطئ معدل نمو المخ بعد سن الثانية و يصل المخ إلى أقصى حجم له في حوالي الرابعة أو الخامسة من العمر.
- يتناقص حجم المخ بعد سن الخامسة، ويصبح في مرحلتي المراهقة والرشد المخ في نفس حجم مخ الأفراد غير المعوقين .

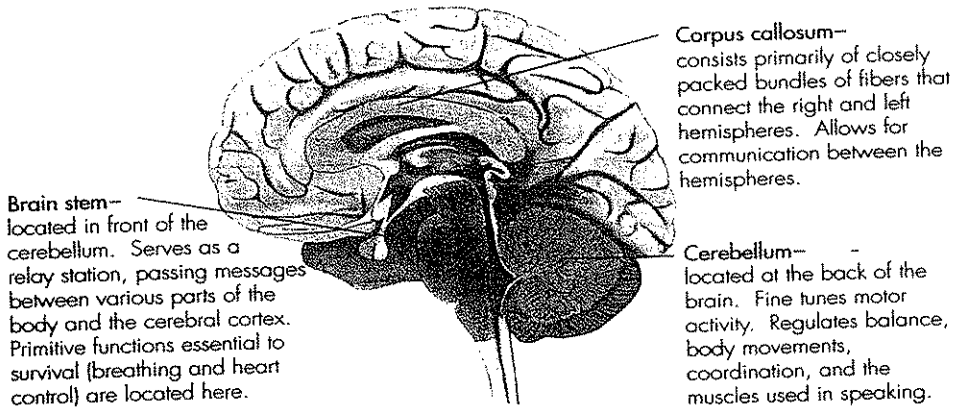
اللحاء المخي cerebral cortex: عبارة عن طبقة رقيقة من مادة رمادية على سطح نصف الكرة المخية. تكون الأنسجة و الطبقات التي يتألف منها ثلثا هذه المنطقة عميقة. ويعد مسئولاً عن الوظائسف العقلية العليا، والحركة العامة، والإدراك، وردود الفعل السلوكية

إحدى اللوزتين Amygdala: تعد مسئولة عن الاستجابة الانفعالية بما فيها السلوك العدواني

قرن أمون Hippocampus: يجعل من الممكن تذكر المعلومات الجديدة والأحداث القريبة.

العُقَد القاعدية Basal ganglia: كتل رمادية عميقة في النصفين الكرويين للمخ تعمل كرابط أو حلقة وصل بين المخ و المخيخ وتساعد على تنظيم الحركة الآلية.





شكل (12– 1) تراكيب المخ التي تتأثر باضطراب التوحد

الجسم الجاسئ corpus callosum: يتكون أساسا أحزمة مربوطة جيدا من الألياف التى تربط النصف الأيمن و الأيسر و تسمح بالتواصل بينهما.

جذع المخ Brainstem: موجود أمام المخيخ cerebellum و يعمل كمحطة ترحيل , ينقل الرسائل بين الأجزاء المختلفة من الجسم واللحاء المخي. ويكون مسئولاً عن أداء وتنظيم الوظائف الأساسية الضرورية للحياة كالتنفس والتحكم في نبضات القلب.

المخيخ cerebellum : يوجد خلف المخ. ويعمل على التنسيق بين الأنشطة الحركية الدقيقة، وتنظيم توازن حركات الجسم، والتآزر، والعضلات المستخدمة في الكلام .

وفي واقع الأمر فإن دلالة حدوث المعدلات العالية للنمو غير العادي للمخ خلال العامين الأوليين من العمر إنما تتأكد من خلال حقيقة أن هذا الوقت يعد وقتاً له أهميته الحاسمة والحرجة فيما يتعلق بتنظيم المخ حيث يرى هيرسكويتز Herschkowitz (2000) أن الأحداث التنظيمية التي تحدث في المخ خلال العامين الأوليين إنما تضع الأساس للمرحلة النمائية العصبية التي تعمل في سبيل اكتساب اللغة وسعة أو كم الاستدلال أو الاستنتاج، والشعور بالذات. وتؤثر في النهاية كما يرى منشيو وسويني ولونا Minshew, Sweeney& (2002) Luna ولاينهارت Lainhart (2003) على تجهيز المعلومات بشكل معقد.

الأساس الوراثي لاضطرابات طيف التوحد

من الأمور الشائعة في الوقت الراهن كما يرى ستروك Strock (2004) وفولكمار وبولز

Volkmar & Pauls (2003) أن الأدلة العلمية التي تؤكد على وجود أساس أو عامل ومكون وراثي في اضطراب التوحد إنما تعد أدلة قوية للغاية حيث أسفرت نتائج تلك الدراسات التي أجريت في هذا الصدد عن أنه عندما يتم تشخيص أحد أفراد الأسرة على أنه يعاني من اضطراب التوحد فإن احتمالات تعرض عضو آخر من نفس الأسرة لاضطراب التوحد سوف تزداد بمعدلات تتراوح بين 50 إلى 200 مرة عما يمكن أن يحدث بصفة عامة بالنسبة لأعضاء المجتمع ككل. وعندما يعاني أحد التوائم المتشابهة monozygotic من اضطراب التوحد فإن احتمال تعرض التوأم الآخر لاضطراب التوحد سوف يزداد كثيراً قياساً بما يمكن أن يحدث للتوائم غير المتشابهة. dizygotic وفضلاً عن ذلك فإننا نجد أنه حتى إذا لم يتم تشخيص أحد الأفراد على أنه يعاني من اضطراب التوحد فسوف يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأعضاء أسرة أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد أن يظهروا العديد من الخصائص التوحدية عند المستوى دون السريري subclinical كقلة عدد الأصدقاء الحميميين، والانشغال القهري بالاهتمامات الضيقة، وتفضيل الروتين على سبيل المثال. ومن جهة أخرى فإن البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار لم تتمكن حتى الآن من التحديد الدقيق لتلك الجينات الفعلية المسئولة عن حدوث ذلك الاضطراب . ومع ذلك

يبدو من الأكثر احتمالاً أن توجد هناك جينات عديدة تعد هي المسئولة في الواقع عن مثل هذه الحالة، وأن مثل هذه الجينات مع ذلك لا تعد هي نفسها المسئولة عن تلك الحالة لدى كل الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد .

التقييم Assessment

من الجدير بالذكر أنه لا يوجد هناك أي اختبار تشخيصي يستخدم على نطاق واسع في سبيل تشخيص اضطراب التوحد أو أي نمط آخر من تلك الأنماط التي تشكل في مجملها اضطرابات طيف التوحد. أما تشخيص اضطراب التوحد فغالباً ما يتم في الوقت الراهن بواسطة طبيب نفسي باستخدام تلك المحكات التي قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (2000) بتحديدها في هذا الصدد وهي تلك المحكات التي تركز على مهارات التواصل، والتفاعلات الاجتماعية، وأنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة (انظر الجدول 12-2). وعلاوة على ملاحظة الطفل في غرفة الفحص، والتعرف على التاريخ المرضي المفصل للطفل من والديه يمكن للأطباء أو الأخصائيين استخدام أدوات الملاحظة السلوكية، وتكليف الآباء أو المعلمين بملأ قوائم السلوك، أو ما إلى ذلك.

ومع أن تشخيص اضطراب التوحد قد يبدو غامضاً إلى حد ما فإن تلك الأعراض السلوكية التي تصاحبه وتدل عليه تكون شديدة جداً، وواضحة لدرجة تجعل من السهل نسبياً أن يقوم الأخصائي بتشخيصها. وفي المقابل تتسم متلازمة أو اضطراب أسبرجر As-perger بدرجة أكبر من الذاتية نظراً لأن تلك الأعراض التي تميزها تكون أقل حدة أو أكثر اعتدالاً. milder ومن ثم فإن الأخصائي يبحث آنذاك عن قدرات للتواصل تكون عادية أو شبه عادية مع وجود مشكلات تتعلق بالتفاعلات الاجتماعية وأنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة ولكنها تكون مع ذلك أقل حدة مما يحدث في الحالة الكلاسيكية لاضطراب التوحد.

جدول (12-2) المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد

أولاً: يشترط انطباق عدد من البنود بإجمالي ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (1، 2، 3) على أن تنطبق الشروط الثلاثة التالية على الطفل:

- بندان على الأقل من المحك الأول.
- بند واحد على الأقل من المحك الثاني.
- بند واحد آخر على الأقل من المحك الثالث.

وهذه المحكات هي:

1- حدوث خلل أو قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من انطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل:

أ - حدوث خلل أو قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

ب - الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائي.

جـ - نقص في البحث أو السعي التلقائي للمشاركة مع الآخرين في الاستمتاع، والاهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً في نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها.

د - نقص في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعالياً.

2 - حدوث خلل أو قصور كيفي في التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من تلك البنود التالية على الطفل:

أ - تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أي محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات، أو التمثيل الصامت.

ب – خلل أو قصور واضح في القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين ذوى المستوى اللغوي المناسب.

جـ – الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به.

د – نقص أو قصور في اللعب التظاهري أو الإدعائي التلقائي والمتنوع أو اللعب الاجتماعي القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائي للطفل.

3 – حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من انطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل:

أ – انشغال كبير باهتمام نمطي واحد أو أكثر يعتبر غير عادى سواء في مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به.

ب – التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملي وغير فعال.

جـ – أساليب أداء نمطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدي أو الأصابع، أو تشبيكها، أو تنيها، أو الحركات العنيفة، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم.

د – الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

ثانيا : حدوث تأخر أو أداء غير عادى في واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره:

أ – التفاعل الاجتماعي.

ب – اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

جـ – اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً : لا يقل مستوى الخلل أو حدته في حالة اضطراب أو متلازمة ريت Rett أو اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي Childhood Disintegrative Disorder.

أهم الخصائص السيكولوجية و السلوكية المميزة

Psychological and Behavioral Characteristics

كما لاحظنا من قبل هناك بعض التباين أو الاختلافات في الخصائص السلوكية المصاحبة للاضطرابات المختلفة التي تندرج تحت اضطرابات طيف التوحد، إلا أن مناقشتنا في هذا المقام سوف تتركز على اضطراب التوحد ومتلازمة أو اضطراب أسبرجر Asperger وذلك للعديد من الاعتبارات التي يمكن إجمالها في النقاط التالية:

(1) أنهما هما الأكثر انتشاراً من بين اضطرابات طيف التوحد.

(2) أن كثيراً من الخصائص المميزة لاضطراب التوحد تنطبق في الواقع على اضطراب أو متلازمة ريت Rett، واضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي، والاضطراب النمائي العام أو المنتشر غير المحدد في مكان آخر.

(3) أن هناك بعض الاختلافات الهامة بين اضطراب أو متلازمة أسبرجر Asperger والاضطرابات الأخرى التي تتضمنها اضطرابات طيف التوحد .

الخصائص المميزة لاضطراب التوحد

يحذر المركز القومي للبحوث NRC (2000) من أن اضطراب التوحد يمكن النظر إليه ووصفه بشكل أفضل على أنه يعد بمثابة طيف من الاضطرابات التي تختلف في مدى حدة أعراضها، وعمر الطفل عند بداية الاضطراب، والارتباط مع الاضطرابات الأخرى كالتخلف العقلي أو التأخر اللغوي أو الصرع على سبيل المثال. كذلك فإن أعراض اضطراب التوحد قد تختلف من طفل إلى آخر حتى أنها قد تختلف عند نفس الطفل من وقت إلى آخر حيث لا يوجد سلوك واحد معين عادة ما يعتبر هو الذي يدل على ذلك الاضطراب، كما أنه لا يوجد من جانب آخر أي سلوك معين يمكن من خلاله استبعاد تشخيص التوحد عند الطفل على الرغم من وجود شروط عامة ثابتة تستخدم في سبيل تشخيص هذا الاضطراب لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بأوجه القصور الاجتماعية.

ومع وضع مثل هذا التحذير في أذهاننا يمكننا أن نقوم بتلخيص بعض الخصائص الأولية المميزة لأولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد حيث ذكرنا أن أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يعانون في الواقع من أوجه قصور عديدة في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، وأنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة stereotyped. وأنهم علاوة على ذلك يظهرون أوجه قصور معرفية عديدة، وأن بعضهم يعاني إلى جانب ذلك من بعض الإدراكات الحسية غير العادية .

1- قصور التفاعلات الاجتماعية: ترجع معظم مشكلات التفاعل الاجتماعي التي تظهر لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد في واقع الأمر إلى أوجه القصور التي يعانون منها وذلك في الاستجابية الاجتماعية. وفي هذا الإطار غالباً ما يلاحظ آباء الأطفال التوحديين أن أطفالهم الرضع أو أثناء مرحلة المهد لا يستجيبون بطريقة عادية لحملهم أو احتضانهم لهم. وأن الطفل الصغير الذي يعاني من اضطراب التوحد قد لا يظهر استجابة فارقة يميز بها بين استجابته للآباء أو الأقارب أو المعلمين قياساً باستجابته للغرباء. كما أنهم

قد لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة، أو قد يبتسمون أو يضحكون عندما لا يكون هناك شيء مضحك. وفضلاً عن ذلك فإن تواصلهم البصري يختلف بدرجة دالة عما يحدث من جانب الآخرين حيث يقومون أحياناً بتجنب تلاقي العيون أو يتجنبون الاتصال بالعين مع الآخرين، أو يقوموا بالنظر إليهم بجانب العين. وقد لا يكترثون بالآخرين أو يهتمون بهم بينما يبدون الاهتمام أو الانشغال بالأشياء المختلفة والتي غالباً ما تكون أشياء تافهة أو حتى أجزاء من الأشياء. وقد لا يتعلمون كذلك أن يلعبوا بشكل عادي. وفي الواقع فإن مثل هذه الخصائص تمنع الطفل من تطوير تعلق عادي بأي من والديه أو تكوين صداقات مع أقرانه، كما أنها قد تجعله في الواقع يبدو وكأنه يعطي الانطباع بأنه ليس مهتماً بتكوين الصداقات أو اتخاذ الأصدقاء .

2- قصور التواصل : يذهب سكويرمان وفيبر (2002) Scheuermann& Webber إلى أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تعوزهم النية التواصلية أي نية التواصل، أو حتى الرغبة في إقامة التواصل وذلك في سبيل تحقيق أغراض اجتماعية معينة. ويعتقد البعض أن 50% من هؤلاء الأطفال بُكم أو خرس mute أي أنهم لا يستخدمون اللغة على الإطلاق، أو أنهم في أحسن الأحوال يكادون لا يستخدمونها. أما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظراً لتعلمهم بعض الكلمات فيبدون أوجه شذوذ في نغمة الصوت، intonation ومعدل التحدث، وطبقة الصوت أو جهارته، volume ومحتوى اللغة الشفوية التي يتحدثونها، وقد يبدو كلامهم آلياً robotic أو قد يقوموا بالترديد المرضي للكلام echolalia إذ يقومون بالترديد الببغاوي parroting لما يسمعون. وفضلاً عن ذلك فإنهم قد يقلبون الضمائر (فيستخدمون الضمير " أنت " you بدلاً من " أنا " I أو يقومون بالإشارة إلى أنفسهم بالضمير "هي" أو " هو" he or she بدلاً من الضمير " أنا" I or me). ويعتبر استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمراً صعباً بصفة خاصة بالنسبة لمعظم الأفراد التوحديين. وإلى جانب ذلك فإننا نجد أنهم إذا ما اكتسبوا بعض المفردات اللغوية فإنهم قد يجدوا صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة نظراً لأنهم لا يدركون ردود أفعال أولئك الأفراد الذين يستمعون إليهم.

3- أنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة : يبدي العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد كما يرى أدريون وستيلا (2001) Adreon & Stella ومايليز وسمبسون (2001) Myles & Simpson العديد من السلوكيات النمطية (المقولبة)، والسلوكيات الأخرى التكرارية، والسلوكيات التي تتسم ببعض الطقوس الحركية كالدوران، twirling وتدوير الأشياء، والتصفيق بالأيدي، والتأرجح أو الهزهزة rocking

والتي تشبه ما نراه عند الأفراد المكفوفين (أنظر الفصل الحادي عشر). وهناك خاصية أخرى دائماً ما تميز اضطراب التوحد والاضطرابات ذات الصلة تتمثل في الانبهار بالأشياء أو الانشغال المفرط بها، ووجود مدى محدود جداً من الاهتمامات: ومما تجدر الإشارة إليه أن الأطفال التوحديين قد يلعبون بشيء معين أو لعبة معينة لعدة ساعات في المرة الواحدة وذلك بطريقة تظهر تمسكهم بطقوس معينة، أو أنهم قد يظهرون اهتماماً زائداً بأشياء من نوع خاص. كذلك فإنهم ينزعجون من أي تغيير يمكن أن يطرأ على البيئة كتحريك شيء معين من مكانه أو إحضار شيء جديد إلى المنزل أو الفصل، أو أي تغيير في الروتين المعتاد، أي أن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد قد يقصدون الإبقاء على الأشياء كما هي دون أن يلحق بها أي تغيير، كما تواجههم صعوبة كبيرة في الغالب حال حدوث أي تغيير أو تحول أو حتى تبدل في الأشياء أو البيئة المحيطة.

4- قصور في المعرفة أو الجانب المعرفي: يبدي معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد العديد من أوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يبديه أقرانهم المتخلفون عقلياً، ومع ذلك فإن هناك بعض المشكلات الخاصة بالتجهيز المعرفي يبدو أنها تميز الأفراد التوحديين دون سواهم حيث يشير سكولر (1995) Schuler إلى أن أولئك الأطفال الذي يعانون من اضطراب التوحد يجدون صعوبة في تشفير وتصنيف المعلومات أو تبويبها اعتماداً على الترجمات الحرفية لها أو الرجوع إلى معانيها الحرفية، كما يبدو أن بوسعهم تذكر الأشياء المختلفة وفقاً لوضعها أو مكانها في فراغ معين بدلاً من القيام باستيعاب المفهوم أو فهمهم له. فالتسوق shopping على سبيل المثال يعني الذهاب إلى متجر معين في شارع معين بدلاً من مفهوم الذهاب إلى أي نوع من المحلات أو المتاجر، والتجول فيه، وربما القيام بشراء شيء معين منه إلى جانب العديد من تلك الجوانب الأخرى التي يتضمنها مفهوم التسوق. وفي حقيقة الأمر يعتقد البعض كما ترى جاردين (1995) Grandin وهيميلين (1976) Her-melin أن أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يستخدمون مخزن لذاكرة صدى الصوت يشبه الصندوق echo box- like memory store. ويرى سكويرمان وفيبر (2002) Scheuermann & Webber أن هذا قد يفسر ذلك السبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يتفوقون في تجميع تلك الأجزاء المكونة للألغاز puzzles معاً، وبناء الأشياء المختلفة باستخدام المكعبات، وأداء المهام التي تتضمن التطابق، أو رسم الصورة المنقولة أو ما يعرف بنسخ الصور المطابقة. replicas ومع ذلك فإنهم يميلون عادة إلى الأداء السيئ في تلك المهام التي تتطلب الفهم اللغوي أو اللفظي واللغة التعبيرية.

ومما لا شك فيه أن تمبيل جاردين Temple Grandin قد أطلقت على الاختلاف الكبير في القدرات البصرية والمكانية المرتبطة باللغة والقدرات الإدراكية مصطلح التفكير باستخدام الصور. thinking in pictures ومع أن جاردين Gardin كانت تعاني من متلازمة أسبرجر Asperger فإن وصفها للقدرات البصرية المكانية visual - spatial يمكن أن ينطبق على بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد وبعض الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر.

ومن جهة أخرى هناك بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد ويتميزون مع ذلك بمهارات غير عادية تجعل من ينظر إليهم أو يتعامل معهم يعتقد في البداية أنهم عباقرة geniuses وعادة ما نسمي مثل هؤلاء الأفراد بالعلماء التوحديين. وفي الواقع فإن العالم التوحدي autistic savant قد يعاني من مستوى شديد نسبياً من اضطراب التوحد حيث يبدى تأخراً نمائياً خطيراً في الأداء الوظيفي الكلي الاجتماعي والعقلي. ومع ذلك فإن الشخص الذي يبدي مثل هذه الحالة يظهر أيضاً قدرة فائقة أو أداء مميزاً وواضحاً في مهارات صغيرة معينة أو أجزاء محددة من المهارات تعد في الواقع بمثابة مهارات توجد في انعزال واضح وتام عن باقي قدرات الفرد على القيام بالأداء الوظيفي. ومن ثم فإن العالم التوحدي قد يكون لديه بذلك قدرات خارقة على عزف الموسيقى، أو الرسم، أو إجراء العمليات الحسابية فعندما نحدد له على سبيل المثال كما يرى ساكس (1995) Sacks تاريخاً معيناً بعيداً في المستقبل مثل التاسع من سبتمبر عام 2016 فإن بعض العلماء التوحديين يقولون في الحال إنه سيوافق يوم الجمعة. ومع ذلك فإن نفس الشخص قد لا تكون لديه المهارات الخاصة بالأداء الوظيفي الرياضي التي تمكنه من شراء سلع أو أشياء معينة من محل البقالة مثلاً. وفي هذا الإطار تعتبر شخصية رايموند Raymond التى قام بها دوستين هوفمان Dustin Hoffman في فيلم رجل المطر Rain man بمثابة شخصية عالم توحدي. ونظراً للقدرات الخارقة التي يبديها مثل هؤلاء الأفراد فإنهم عادة ما يكونوا هدفاً لوسائل الإعلام، وعادة ما تكتسب الأفلام التي تتناول شخصيات من هذا القبيل شهرة وشعبية كبيرة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى إساءة فهم مثل هؤلاء الأفراد من جانب عامة الناس حيث يعتقدون على سبيل المثال أن معظم الأفراد التوحديين ما لم يكونوا جميعاً يتمتعون بمثل هذه القدرات المذهلة. وعلى الرغم من عدم وجود أرقام محددة لدينا عن العلماء التوحديين فإننا ندرك جيداً أنهم لا يمثلون سوى نسبة ضئيلة للغاية من أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد.

5- **الإدراكات الحسية غير العادية:** مما لا شك فيه أن بعض الأفراد الذين يعانون من

اضطراب التوحد عادة ما يكونوا إما مفرطو الاستجابة hyperresponsive أو منخفضو الاستجابة hyporesponsive أي لديهم قصور في الاستجابة لمثيرات معينة في بيئتهم. وإذا ما تناولنا فرط الاستجابة مثلاً فإن ذلك إنما يذكرنا بتلك الحساسية الزائدة أو المفرطة من جانب ستيفين شور Stephen shore لأصوات معينة وهو ما تناولناه من قبل. وكذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد يخبرون الحساسية المفرطة لبعض المثيرات البصرية مثل إشارة Shore إلى الطفل الذي يعاني من الحساسية لضوء الفلورسنت، كما أن البعض الآخر منهم يكون حساساً للمس. ومن المهم أن نبين في هذا الإطار أن بعض هؤلاء الأفراد قد يكون على عكس ما ذكرنا هنا حيث يتسم بدرجة كبيرة من عدم الاستجابة للمثيرات السمعية أو البصرية أو اللمسية. و في الحقيقة فإن الأمر بالنسبة للملاحظ الذي يبحث عن الأسباب يبدو وكأن البعض منهم صم أو مكفوفون، وأن البعض الآخر يبدو وكأن لديه خليطاً من نقص الحساسية hyposensitivity أو فرط الحساسية hypersensitivity كأن ينسى الأصوات أو الضوضاء العالية مثل جرس الإنذار الخاص بالحريق على سبيل المثال في حين يكون رد فعله مفرطاً لشخص ما يصدر صفيراً من مسافة بعيدة، أو حتى للهمس.

الخصائص المميزة لاضطراب أو متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome

تتمثل المشكلة الأساسية أو المحورية في متلازمة أسبرجر كغيرها من أنماط الاضطرابات التي تندرج تحت اضطرابات طيف التوحد في الإعاقة الكيفية للتفاعلات الاجتماعية. ومن ثم فإن المشكلة الرئيسية بالنسبة لهذه المتلازمة تبدو في أن التلميذ قد لا يفهم ما يسميه مايليز وسمبسون Myles &Simpson (2001) بالمنهج الخفي hidden curriculum أي تلك المهارات الاجتماعية التي لا يتم تعليمها للأطفال بشكل مباشر، ولكنه يكون من المفترض أن يعرف كل منهم تلك القواعد الاجتماعية أو التقاليد التي يتعلمها غالبيتنا بشكل عرضي وهو الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للغضب من الراشدين، والرفض من الأقران وخاصة أولئك الأقران الذين لا يكون بمقدورهم أن يفهموا مثل هذا السلوك غريب الأطوار من جانبهم أو ذلك السلوك الذي يعكس قصوراً اجتماعياً يميز أولئك الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من تلك المتلازمة. ومن الأمثلة المتعددة لما أطلق عليه المنهج الخفي والتي قد يحتاج الأطفال من ذوي متلازمة أسبرجر أن يتعلموها ما يتعلق بكيفية التعامل مع الأطفال الآخرين، وتكوين الصداقات، والحفاظ على الأصدقاء، وعدم التدخل في شئونهم الخاصة، وإجراء الحوارات والمحادثات مع الآخرين والنظر في أعينهم.

ومما لا شك فيه أن التلاميذ ذوي متلازمة أسبرجر يحتاجون إلى أن يتعلموا المهارات الاجتماعية بشكل صريح وهو الأمر الذي يتم بالنسبة للأطفال العاديين بشكل غير مباشر أو

عرضي. ومما يؤكد على ضرورة أن يتم تعليم مثل هذه المهارات لمن يعانون من تلك المتلازمة بشكل مباشر أنهم يخرقون القواعد المختلفة التي تحكم مختلف السلوكيات، ويدخلون على أثر ذلك في مشاكل متعددة مع الراشدين ومع الأقران مما قد يعرضهم للعزلة بعد ذلك. وعلى هذا الأساس فإن مثل هذا الأمر ينبغي أن يمثل جانباً أساسياً في برنامج تعليم هؤلاء الأطفال والمراهقين وذلك من خلال الاستعانة بأنماط معينة من الأنشطة التي يمكنهم أن يفهموها، وأن يقوموا بالتالي بالأداء الوظيفي المتوقع في البيئة المحيطة.

وفيما يتعلق بالحالات الداخلية فإن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد يخبرون كما يرى جرودين وآخرون (Groden et.al.(1994 القلق، والضغوط، وغيرهما من الحالات الداخلية التي نشترك فيها جميعاً كبشر. وفي واقع الأمر فإننا عادة ما نجد أن كلاً من القلق والاكتئاب يعدان كما يشير وليامز (Williams (2001 من أكثر تلك الحالات شيوعاً بين ذوي متلازمة أسبرجر. ونظراً لأن عدداً لا بأس به من هؤلاء الأفراد يمكنهم أن يقوموا بوصف خبراتهم الشخصية فإن ذلك يصبح من شأنه كما يرى والتر- توماس (Walther- Thomas (2001 وجراندين (Grandin (1995 وساكس (Sacks (1995 أن يساعدنا على فهم الكثير عن طبيعة هذا الاضطراب أيضاً وهو الأمر الذي كشفت عنه تلك المقابلة التي تم إجراؤها مع ستيفن شور Steven Shore والتي نشرت بمجلة التدخلات العلاجية في المدرسة والعيادة الطبية وهو الأمر الذي ترتب عليه تقديم مجموعة من التوصيات لمعلمي هؤلاء الأطفال عن كيفية التعامل معهم، وتعليمهم، والحد من مشكلاتهم المتعددة في هذا الإطار.

وجدير بالذكر أنه عند إجراء تلك المحادثة مع شور Shore كان يعد لرسالة الدكتوراه الخاصة به في التربية الخاصة من جامعة بوسطن Boston وقال لأولئك الذين أجروا معه ذلك الحوار أنه قد تم تشخيصه وهو في الثانية والنصف من عمره على أنه يعاني من أعراض توحدية شديدة إلى جانب أشياء أخرى. وأضاف أنه كان ينمو بشكل طبيعي حتى وصل إلى الشهر الثامن عشر من عمره ثم توقف نموه فجأة بل وتعرض للنكوص، وفقد بالتالي معظم قدرته اللفظية في غضون فترة زمنية قصيرة، وظهرت عليه بعض أعراض اضطراب التوحد وهو النمط العام للتغير السلوكي الذي يميز الأطفال التوحديين. وقد لاحظ والداه على أثر ذلك حدوث تغير فجائي ذي دلالة في مهاراته الاجتماعية، والحركية، واللغوية وهو ما يعني بالنسبة لأي أسرة تمر بنفس هذه الظروف حدوث ما يعرف (بقنبلة) التوحد في حياة تلك الأسرة حيث لن يعود بعدها أي شيء إلى سابق عهده أبداً.

وبذلك يتضح أنه من المحتمل بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر أن يظهروا ضعف أو قصوراً في بعض المجالات التي تتمثل في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، وأنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة، والتجهيز المعرفي أو المعالجة المعرفية، والإدراك الحسي تماماً كما يحدث بالنسبة للأفراد التوحديين مع اختلاف الحدة أو الشدة حيث تعد هذه المتلازمة بمثابة مستوى بسيط من اضطراب التوحد. وسوف نركز في مناقشتنا الراهنة بالنسبة للخصائص المميزة لأولئك الأفراد على المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل نظراً لأن معظم الباحثين يرون أن التفاعل الاجتماعي يعد هو التحدي الأكبر الذي يواجههم، ولأن مشكلات التواصل التي يعانون منها عادة ما يكون من شأنها أن تسهم في عزلتهم الاجتماعية .

1- **قصور التفاعلات الاجتماعية:** يتمثل السبب الرئيسي في أن أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر يجدون صعوبة أكبر في إقامة التفاعلات الاجتماعية في عدم مهارتهم في قراءة الإشارات الاجتماعية إذ يبدو أنهم أحياناً ما يظهرون في الحقيقة وكأنه لا توجد أمامهم أي إشارات يمكن أن تسهم في تشكيلهم للسلوك الاجتماعي الملائم. ونظراً لأنه عادة ما يكون بإمكانهم أن يستخدموا اللغة فضلاً عن كونهم أذكياء يصبح من السهل أن يأخذ الآخرين الانطباع بأنهم لا يراعون بإرادتهم آداب المعاشرة الاجتماعية أو ما يعرف بقواعد الذوق والتصرف أو الإتيكيت etiquette. وعندما يبتعد مثل هؤلاء الأطفال الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عن المحيطين بهم فإنهم يصبحون منبوذين أكثر من جانب جماعة الرفاق مما يجعل من الصعب عليهم تكوين الأصدقاء، والاحتفاظ بهم وبمثل هذه الصداقات، والتفاعل مع الآخرين في مكان العمل.

ويذهب مايليز وسمبسون Myles & Simpson (2001، 2003) إلى أن أساس المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها الأفراد الذين يعانون من اضطراب أو متلازمة أسبرجر Asperger إنما يرجع في الأساس وفي واقع الأمر إلى ما يعرف بفكرة المنهاج الخفي. ويشير المنهاج الخفي hidden curriculum إلى تلك الأوامر والنواهي التي تتضمنها حياتنا اليومية والتي يتعلمها معظم الأفراد بطريقة عرضية incidentally أو عن طريق قدر محدود من التعليم من قبل الآخرين. وتمثل تلك الأوامر والنواهي سلوكيات أو أساليب للتصرف يأخذها معظمنا كمسلمات. ويعرض الجدول 12- 3 لبعض الأمثلة لتلك البنود التي يتضمنها المنهج الخفي .

جدول (12- 3) أمثلة لعناصر المنهج الخفي

- لا تقل للمديرة انها اذا استمتعت افضل سيحبها اولاد كثيرين.
- لا تعطي للتلاميذ النقود كي يكونوا اصدقاء لك.
- لا تتحدث مع الاولاد الاخرين في الفصل اثناء الدرس.
- عندما يوبخ المعلم تلميذاً آخر لا يكون من المناسب انذاك ان تسأله اي سؤال.
- لا تحكي لزملائك عن تلك الهياكل العظمية الموجودة في خزانات والديك.
- لا تقم برسم اي مشاهدة للعنف في المدرسة.
- أثناء المحادثة عليك ان تواجه المتحدث وان تضع جسمك في هذا الاتجاه.
- تحدث الى المعلمين بصوت عذب حتى يردون عليك بطريقة اكثر ايجابية.

ومن الملاحظ أن مثل هذه القواعد في كيفية التفاعل أو إقامة التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر Asperger تبقى أو تظل خفية، وما يجعل الأمر برمته يبدو أكثر صعوبة لهؤلاء الأفراد إنما يتمثل في أن ذلك المنهج الخفي يمكن أن يختلف في العديد من المواقف المختلفة أي أنه يختلف بذلك باختلاف المواقف التي يوجد الطفل فيها ولا يظل هو نفسه في كل هذه المواقف. فعلى سبيل المثال نجد أن كل الأطفال يعلمون أن السيدة الأستاذة روبنز Mrs Robbins تسمح للطلاب بالهمس في الفصل طالما يقومون بأداء ما يكلفون به من أعمال بينما ترفض السيدة الأستاذ كوك Mrs Cook حدوث أي درجة أو مستوى من الضوضاء في فصلها ولا تتساهل مع مثل هذا الأمر مطلقاً. وبالمثل فإنهم يعلمون أن الأستاذ جونسون Mr Johnson المدير المساعد يعتبر أشد صرامة فيما يتعلق بإتباع القواعد، ولذلك فلا تجد من يخرج عليها، أو يتساهل في ذلك أثناء وجوده. ويعلم الجميع أيضا أن الأولاد الخشنين حقيقة أي الذين يضربون الأولاد الآخرين عادة ما يختبئون وراء الحاجز بعيداً عن مرمي بصر المعلم. وفي الواقع فإن كل هذه الأمور يعلمها جميع التلاميذ ما عدا التلميذ الذي يعاني من اضطراب أو متلازمة أسبرجر. Asperger أما خارج المدرسة فإن المنهج الخفي كما يرى مايليز وسمبسون (2002) Myles & Simpson فيعد بمثابة موضوع أكبر فمثلاً إذا ما نظرنا إلى سؤال محدد مثل: ما هو المنهج الخفي للتحدث مع الغرباء، أو الركوب معهم في وسائل المواصلات؟ فسوف نجد أن سائق الأتوبيس مثلاً يعد شخصاً غريباً بالنسبة لنا ومع ذلك من المسموح أن نركب معه. كذلك من المقبول أن نحصل من موزع الحلوى على عينات مجانية منها في حين لا يكون مقبولاً مطلقاً أن نأخذ

الحلوى من شخص غريب يقف على قارعة الطريق. وبذلك نجد أن المنهج الخفي يختلف من موقف إلى آخر.

وإلى جانب الخجل الاجتماعي فإن الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر يميلون أيضاً إلى تفسير ما يقوله الآخرون حرفياً. ويقدم ستيفين شور Stephen Shore وهو شخص يعاني من متلازمة أسبرجر Asperger أمثله من كفاحه مع التفسير الحرفي للكلام فيقول إن أحد أصدقائه قال أنه يشعر بميل إلى البيتزا، فتساءل عما يمكن أن يعنيه ذلك، ولكنه لم يفهم المقصود منه إلى أن التحق بالكلية فأدرك أن صديقه كان يشعر بميل إلى أكل البيتزا. وهنا أدرك أن المصطلحات كانت تمر عليه في ذلك الوقت ولكنه كان يتركها حتى يقوم بدراستها قبل أن يقول شيئاً سخيفاً، ولكنها كانت تتطلب تفكيراً إضافياً من جانبه كي يحدد ماذا يعني المصطلح، وكيف يمكنه أن يفسره.

2- **قصور مهارات التواصل:** يرى ميسيبوف وشيا وآدمز Mesibov, Shea &(2001) Adams أنه طبقا للمعايير التشخيصية التي تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسيAPA فإن متلازمة أسبرجر لا تتضمن تأخراً عاماً في اللغة ذا دلالة من الناحية الإكلينيكية، ومع ذلك فإن العديد من الممارسين practitioners والباحثين يؤكدون على أن هذه العبارة مضللة إذ أن أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عادة ما يكون بوسعهم التعبير عن أنفسهم باستخدام المفردات اللغوية والقواعد النحوية التي تناسب أعمارهم، ولكنهم مع ذلك يستخدمون العديد من المفردات اللغوية الخاصة والسلوكيات المرتبطة باللغة. كذلك فإنهم غالباً ما يعانون من مشكلات تتعلق بالاستخدام الاجتماعي للغة، فقد يتحدثون مثلاً باستخدام الصوت غير العادي مثل النغمة المفردة الوتيرية monotone، ويتحدثون بصوت مرتفع جداً, أو بسرعة كبيرة جداً، أو ببطء شديد جداً، ولا يكونوا ماهرين في أخذ الأدوار في المحادثة , ويستخدمون المونولوج monologues أو يكررون نفس الشيء مراراً و تكراراً. وكما لاحظنا في الفصل السادس فإن الأفراد ذوي صعوبات التعلم يمكن أن يخبروا أيضاً مشكلات مشابهة في الاستخدام الاجتماعي للغة، ومع ذلك فإن المهارات الخاصة بالاستخدام الاجتماعي للغة لدى الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر تنتابها الكثير من المشكلات الحادة والعامة أو المنتشرة. كما أن مثل هذه المشكلات تمتد أيضاً كما يرى مايلز وسمبسون Myles & Simpson (2003) إلى مهارات التواصل غير اللفظي، ومن أمثلة ذلك الوقوف بالقرب من شخص آخر بصورة أكثر من المعتاد قبولها، والنظر أو الحملقة في شخص معين لفترة طويلة، والإبقاء على وضع غير عادي للجسم، وعدم القدرة على الاتصال بالعين، أو إظهار الوجه بصورة غير معبرة مما قد يترتب عليه الفشل في إبداء الاهتمام، أو إبداء التقبل وعدم التقبل فضلاً عن الفشل في استخدام أو فهم الإيماءات والتعبيرات الوجهية المختلفة.

نحو بناء نظرية موحدة لاضطرابات طيف التوحد

يشير كل من فريث (2003) Frith والمركز القومي للبحوث (2001) National Research Council وفولكمار وبولز (2003) Volkmar & Pauls إلى أنه على الرغم من وجود العديد من الخصائص السيكولوجية و السلوكية التي يتم عزوها إلى أولئك الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد فإن بعض الباحثين قد حاولوا تقديم نظريات يمكن أن تفسر كثيراً من السلوكيات التى تصدر عنهم. وهناك ثلاث نظريات رئيسية تتناول أوجه القصور التي يمكن أن تحدث من جراء المشكلات المختلفة في كل مما يلي:

1- الوظائف التنفيذية .

2- الترابط أو التماسك المركزي الضعيف .

3- نظرية العقل أو المعرفة.

ومع أنه من غير الممكن أن يتم من خلال أي واحدة فقط من هذه النظريات الثلاث في حد ذاتها تفسير جميع المشكلات العديدة التي يبديها هؤلاء الأفراد إلا أننا إذا ما عدنا إلى هذه النظريات معاً فإنها سوف تساعدنا في البدء بتكوين صورة مركبة لاضطرابات طيف التوحد.

الوظائف التنفيذية Executive Functions: ذكرنا في الفصل السابع أن الكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط ADHD يواجهون العديد من المشكلات في السلوكيات الموجهة ذاتياً. وعادة ما يشار إلى مثل هذه السلوكيات الموجهة ذاتياً على أنها وظائف تنفيذية تتضمن أشياء عديدة مثل الذاكرة العاملة، والتنظيم الذاتي للانفعالات، والقدرة على التخطيط للأمام. ويرى أوزونوف (1997) Ozonoff أن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد تدل على أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يواجهون مشكلات عديدة في ك الوظائف التنفيذية، وأن مثل هذه المشكلات غالباً ما تكون أكثر في حدتها أو شدتها قياساً بتلك التي يخبرها الأفراد ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط. ADHD

الترابط أو التماسك المركزي Central coherence: يشير فريث (2003) Frith إلى أن بعض الباحثين يرون أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يكون لديهم ترابط أو تماسك مركزي ضعيف. وطبقاً لهذه النظرية فإن الترابط المركزي يعد هو الميل الطبيعي لمعظم الأفراد لإضفاء النظام أو الترتيب والمعنى على تلك المعلومات التي توجد في بيئتهم وذلك عن طريق إدراكها ككل ذي معنى بدلاً من إدراكها كأجزاء متباينة. إلا أن الأفراد

التوحديين يعدون من ناحية أخرى على العكس من ذلك فهم يدخلون في تفاصيل بطريقة كلاسيكية ولا يستطيعون رؤية الغابة كأشجار.

ويذهب فريث (2003) Frith إلى أن هناك نزوعاً أو ميلاً في النظام المعرفي العادي نحو تكوين ترابط بين نطاق واسع قدر الإمكان من المثيرات، وتعميم ذلك على أكبر عدد من السياقات قدر الإمكان. وهذا الدافع هو الذي يؤدي الى حدوث أنساق فكرية كبيرة، كما أن هذه القدرة على الترابط هي التي تقل أو تختفي عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد. ومن المهم أن نعلم أنه لا يبدو على بعض الأفراد التوحديين أنهم يدركون أن طريقتهم في معالجة المعلومات أو تجهيزها غير مترابطة، ولا يبدو كذلك أن لديهم أي رغبة أو حاجة لتحقيق الترابط بين إدراكاتهم غير المترابطة. وفي هذا الإطار يذكر فريث (2003) Frith أن مريضاً كانت تبدو عليه بعض الأعراض التوحدية منذ طفولته قام بجمع عناوين محاكم الأحداث. ولم يكن معلوماً كيف ظهر هذا الميل الغريب جداً لديه. ومهما كانت طريقة ظهوره فإننا يجب أن نسلم أنه ظهر وانتهى الأمر، ولكننا كنا سنجده أقل غرابة إذا كان قد نشأ من ميل عام للمحاكم، والمباني، أو خرائط المدن من جانبه. وفي هذه الحالة لن يكون ذلك الأمر مجرد جزء منته، ولكنه سيكون بطبيعة الحال جزءاً من صورة أكبر. ولكن ذلك لم يكن هو الأمر المطلوب بالنسبة لهذا المريض إذ أنه عندما سئل لماذا لم يرد أن يعرف عناوين محاكم أخرى غير محاكم الأحداث أجاب بأنها تجعله يبكي، ولم يكن ذلك الأمر نكته من جانبه إذ أن مثل هذه العبارة إنما تظهر نقصاً تاماً في فهم أنه من المتوقع أن يتم تفسير الميول أو تبريرها كجزء من نمط مترابط لما يحبه وما لا يحبه، وأن ذلك النمط لا يمكن أن يكون بالتالي نمطاً عفوياً .

نظرية العقل أو المعرفة Theory of Mind : تشير نظرية العقل أو المعرفة إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة كالنوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات. وقد أوضحنا من قبل وذلك في موضع سابق من الفصل الراهن مدى الصعوبة التي يواجهها الكثير من الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عند قراءة الإشارات الاجتماعية. وتعد قراءة الإشارات الاجتماعية في الواقع بمثابة طريقة أخرى للقول بأن الشخص يمكن أن يتوقع ويفهم ما يفكر فيه شخص آخر. وفي هذا الإطار فإن معظمنا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين نتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل نبرة الصوت وتعبيرات الوجه. كما أننا قادرون من ناحية أخرى على قياس كيف يكون رد فعل الآخرين لما نقول وذلك باستخدام إشارات مشابهة. وفي واقع الأمر فإن أولئك الأفراد الذين

يعانون من اضطرابات طيف التوحد إنما يبدون درجات متباينة ومختلفة من الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين أو الاستدلال عليها. كما أن بعضهم في الواقع لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين وهو ما يجعلهم غير قادرين على أن يقوموا بأخذ دور الآخرين.

وعند الدراسة الكلاسيكية لمشكلات نظرية العقل أو المعرفة درس بعض الباحثين أمثال بارون- كوهين وليسلي وفريث Baron- Cohen , Leslie& Frith (1985) ما إذا كان الأطفال التوحديون ممن تتراوح أعمارهم بين 6 – 16 سنة قادرين على إدراك أن الآخرين لديهم اعتقادات مزيفة تؤثر على أحكامهم، وفي ضوء ذلك استخدم فريث Frith (2003) دميتين تسمى الأولى سالي والثانية آن (Sally and Anne) واتبع السيناريو التالي على ثلاث مجموعات من الأطفال تضم الأولى أطفالاً توحديين autistic وتضم الثانية أطفالاً من ذوي متلازمة أعراض داون Down syndrome بينما تضم الثالثة أطفالاً عاديين أي غير معوقين :

> كان لدى سالي سلة بينما كان لدي آن *Anne* صندوق. وضعت سالي بلية في سلتها، ثم خرجت، فقامت آن بأخذ البلية من السلة ووضعتها في الصندوق، والآن عادت سالي وتريد أن تلعب بالبلية التي كانت قد وضعتها في سلتها. وعند هذه النقطة يقوم الباحث بتوجيه السؤال الحاسم التالي للأطفال في كل مجموعة وهو أين ستبحث سالي عن البلية؟ وستكون الإجابة بالقطع أنها سوف تبحث عنها في السلة.

وكانت النتيجة التي حصل عليها أن غالبية الأطفال غير المعوقين وحتى الأطفال من ذوي متلازمة أعراض داون Down syndrome قد أجابوا عن ذلك السؤال إجابة صحيحة بينما لم يتمكن سوى عدد بسيط جداً من الأطفال التوحديين من التوصل إلى الإجابة الصحيحة لذلك السؤال حيث لم يكن غالبيتهم قادرين على فهم أن سالي لم يكن أمامها أي وسيلة كي تعلم أن البلية قد انتقلت من مكانها، وبالتالي قادها أسلوبها في التفكير إلى البحث عنها في المكان الذي تركتها فيه.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

ذكرنا من قبل أن الخصائص المميزة لاضطراب طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة، وعندما تكون مثل هذه الخصائص شديدة فإنها تحمل معها مآلاً معيناً حتى في ظل حدوث التدخل المبكر المكثف حيث أننا نلاحظ أن نسبة لا بأس بها من الأطفال الذين يعانون من أعراض لهذا الاضطراب تتسم بشدتها لا يكون من المحتمل بالنسبة لهم أن يشفوا منه بشكل كامل رغم ما يمكن أن يحققوه من تقدم في بعض الجوانب المختلفة. ومن المعروف أن الأطفال الذين يعانون

من اضطراب طيف التوحد يعانون في الواقع من العديد من المشكلات السلوكية والاجتماعية التي تتطلب الالتفات إليها والتركيز عليها. كما أنهم يعانون كذلك من قصور في مهارات التواصل التي تعد ضرورية لإقامة العلاقات الاجتماعية أو الإبقاء عليها. وفضلاً عن ذلك فإن العديد من المشكلات السلوكية التي ترتبط باضطراب طيف التوحد تعد بمثابة محاولات غير فعالة أو قاصرة في سبيل تحقيق التواصل مع الآخرين، ومن ثم فإن اضطرابات التواصل تمثل جانباً ثابتاً من هذا الاضطراب على الرغم من أنها تعد بمثابة مشكلة عامة أو مشتركة بين أولئك الأطفال الذين يعانون من مدى كبير من الإعاقات النمائية.

ويرى الكثيرون كما يشير تشارلوب- كريستي وكيلسو (1999) Charlop- Christy & Kelso وسمبسون ومايليز (1998) Simpson & Myles أن العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب يحتاجون تعليم مكثف يتعلق بمهارات الحياة اليومية. وعادة ما يتطلب التعليم الفعال مدخلاً يتسم بدرجة مرتفعة من التنظيم والتوجيه، ويستخدم المبادئ الأساسية للسلوك وذلك في تحليل المهام المختلفة التي يتم عرضها عليهم، والتعرف على أفضل الطرق التي يتم بموجبها تعليمهم إياها.

هذا ويركز معلمو هؤلاء التلاميذ الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وذلك بشكل متزايد على تطبيق المبادئ السلوكية في المواقف الطبيعية وفي التفاعلات الطبيعية أي في تلك المواقف والتفاعلات التي يجد الأطفال العاديون متعة فيها. كما يحاول الباحثون أيضاً عند قيامهم بتعليم هؤلاء الأطفال أن يستغلوا بشكل أفضل تلك التفاعلات الطبيعية التي يتعلم أولئك الأطفال من خلالها بشكل طبيعي كلاً من اللغة والمهارات الاجتماعية. ومن هذا المنطلق فإن المعلمين يركزون في مرحلة ما قبل المدرسة على إقامة التفاعلات الطبيعية مع الأقران العاديين في الفصول العادية. أما في المرحلة الابتدائية فيقوم المعلمون كما يرى تشارلوب- كريستي وآخرون (1998) Charlop- Christy et.al. بتكوين مجموعات للتعلم التعاوني، ويحرصون على أن تضم مثل هذه المجموعات عدداً كبيراً من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وذلك إلى جانب أقرانهم غير المعوقين في الفصول العادية. كذلك فإن المعلمين يحرصون أيضاً على البحث الدائم عن تلك الأساليب المناسبة التي يمكن بمقتضاها مساعدة أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد على تعلم مهارات إدارة الذات وذلك في أي سن بما في ذلك سنوات المراهقة. ونظراً للتركيز الذي يبدونه على استغلال تلك الأساليب الطبيعية في تعليم هؤلاء الأطفال المضطربين فقد ازدادت أعدادهم في المدارس المحلية العادية وفي فصول التعليم العام وخاصة في المراحل العمرية الأصغر. ومع ذلك فإن بعض أساليب التدريس الفعال لهؤلاء الأطفال لا تزال تقوم في الأساس على وجود أعداد

متطابقة في المجموعة، أو على أساس المجموعات صغيرة العدد جداً وهو الأمر الذي قد لا يمكن أن يتم بفعالية في الفصل العادي، وهو الأمر الذي يؤكد على الحاجة إلى تعلم ذلك في فصل خاص. وحتى عندما يتم ذلك في فصول خاصة فإن الأمر يتطلب أن يتم التركيز على التفاعلات الإنسانية الطبيعية.

ومن جانب آخر فإن الفهم الأفضل لذلك الدور الذي يمكن أن يؤديه الوالدان في هذا الصدد قد أدى إلى قيام الوالدين بالعمل مع بعضهما البعض جنباً إلى جنب كما لو كانا معالجين يشتركان معاً في تنفيذ العديد من البرامج العلاجية. كذلك فإنه إذا تطلب الأمر أن يتم التدخل المبكر بشكل مكثف وشامل يصبح اشتراك الأسرة فيه أمراً ضرورياً حيث من المعروف أنه بدون اشتراك الأسرة في التدريب لن يكون من المحتمل بالنسبة للأطفال أن يكتسبوا مهارات التواصل ومهارات الحياة اليومية التي يحتاجون إليها في سبيل نموهم الاجتماعي وتحقيق الاستقلالية المنشودة في هذا الصدد.

وجدير بالذكر أن التدخلات الطبية المخصصة لاضطراب التوحد والاضطرابات المرتبطة به تضم كما يرى فورنيس وآخرون (1999) .Forness et.al كماً كبيراً من تلك العقاقير التي لا تزال في طور التجريب. ويتضمن ذلك المضادات العصبية neuroleptics أو العقاقير المضادة للذهان antipsychotic مثل عقار الهالدول Haldol واسمه العلمي هالوبيريدول Haloperi-dol أو المثيرات النفسية Psychostimulants مثل الريتالين Ritalin واسمه العلمي ميثيلفينديت Methylphenidate. وعلى الرغم من أن مثل هذه العقاقير قد تؤدي في بعض الحالات إلى التخلص من بعض الأعراض أو الحد منها فتقلل على سبيل المثال من سلوكيات إيذاء الذات، أو النشاط الحركي الزائد فإن الاستجابة لمثل هذه العقاقير تتباين باختلاف الأفراد وهو ما يعني أن الآثار التي تترتب عليها تميل إلى عدم القدرة على التكهن بها. وحتى في تلك الحالات التي يمكن أن تفيد فيها مثل هذه العقاقير فإن إدارة السلوك والتعليم من جانب كل من الوالدين والمعلمين يعتبر أمراً حاسماً وذا أهمية كبيرة. وإذا كانت العقاقير الطبية تجعل الفرد أحياناً قابلاً للتدريب أو التعليم فإنها في حد ذاتها لا تعد كافية لعلاج هذا الاضطراب.

ومن المؤكد أن التربية وما يرتبط بها من برامج تدخل للتلاميذ التوحديين يجب أن تتسم بمجموعة من السمات الأساسية في هذا الإطار من أهمها ما يلي:

1- أن تبدأ جميعاً في وقت مبكر من حياتهم .

2- أن تكون مكثفة.

3- أن تكون عالية التنظيم.

4- أن تتضمن الأسرة.

ومن الجدير بالذكر أنه ينبغي بالنسبة للتربية أن تراعي مثل هذه السمات إذا كان لها أن تكون أكثر فعالية حيث أن التدخل المبكر والمكثف من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق العديد من المكاسب الملحوظة لدى العديد من الأطفال التوحديين الأصغر سناً وذلك رغم أنه لا يوجد هناك حتى الآن أي برنامج تدخل محدد يمكن أن يؤدي إلى تحقيق النجاح في التعامل مع هؤلاء الأطفال ومساعدتهم في التغلب على إعاقاتهم بشكل كلي. كذلك فإن التربية تركز بشكل متزايد على استغلال التفاعلات الطبيعية في سبيل القيام بتعليم مثل هؤلاء الأطفال في بيئات طبيعية وذلك إلى الحد الأقصى. وتتضمن مثل هذه البيئات الفصول العادية في مدارس التعليم العام. هذا وقد قام المركز القومي للبحوث NRC (2001) بمراجعة تلك البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد والممارسات التي تمت في نفس الإطار، ووجد فيها اتفاقاً كبيراً على أن الأمور التالية تعد بمثابة سمات أساسية للبرامج التربوية الفعالة وذلك في مستوى ما قبل المدرسة على الأقل، وهذه الأمور هي:

1- الالتحاق ببرامج التدخل بمجرد تشخيص التوحد لدى الطفل.

2- الانغماس النشط في البرامج التعليمية المكثفة بحد أدنى يوازي يوم دراسي كامل وذلك لمدة خمسة أيام في الأسبوع أي بمعدل خمس وعشرين ساعة أسبوعياً مع استمرار البرنامج على مدى العام كاملاً وهو الأمر الذي ينبغي أن يختلف وفقاً للعمر الزمني للطفل ومستوى نموه.

3- أن تتاح للطفل فرص تعليمية مخطط لها ومكررة، ويتم تنظيمها كي تستمر خلال فترات قصيرة نسبياً من الوقت وذلك بالنسبة للأطفال الأصغر سناً كأن تستمر مثلاً لفترات تتراوح بين 15- 20 دقيقة، كما تتضمن أيضاً حصول الطفل على كم كاف من انتباه واهتمام الشخص الراشد في تلك المواقف التعليمية التي يقوم فيها شخص راشد بتعليم الطفل بمفرده، أو عندما يكون في مجموعات صغيرة جداً وذلك حتى يمكن تحقيق الأهداف الفردية المختلفة.

4- أن تتضمن تلك البرامج مكوناً أسرياً يضم تدريب الوالدين.

5- انخفاض نسبة التلاميذ إلى المعلمين بحيث لا يزيد عدد الأطفال التوحديين الذين يكون المعلم مسئولاً عنهم عن طفلين فقط في الفصل.

6- أن يكون هناك تقييم مستمر للبرنامج ولمدى التقدم الذي يحققه الأطفال خلاله مع

القيام بترجمة مثل هذه النتائج إلى توافقات وتعديلات مستمرة في البرنامج المستخدم حتى يمكن له أن يعمل على تحقيق الهدف منه وهو ما يؤدي به إلى أن يعود بالفائدة المرجوة على هؤلاء الأطفال.

وفيما يلي بعض التوصيات عن الكيفية التي ينبغي أن يتعلم بها الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. وإلى جانب ذلك هناك سؤال أساسي آخر حول ما يجب أن يتعلمه هؤلاء الأطفال. وفي هذا الإطار يوصي المركز القومي للبحوث بأن تعطى الأولوية في التعليم والتربية لستة مجالات للمهارات على النحو التالي:

1- التواصل التلقائي الوظيفي.

2- المهارات الاجتماعية الملائمة لعمر الطفل.

3- مهارات اللعب وخاصة اللعب مع الأقران.

4- المهارات المعرفية أو مهارات التفكير التي تعد ذات أهمية كبيرة في حياة الطفل ويتم تطبيقها بشكل مستمر في الحياة اليومية.

5- التدريب على السلوك الملائم كي يحل محل السلوك المشكل.

6- المهارات الأكاديمية الوظيفية عندما تكون هي الملائمة لحاجات الطفل.

ومن الجدير بالذكر أنه ليس من الممكن بالنسبة لكل فرد أن يكون معلماً ناجحاً لأولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد حيث يتطلب تعليم مثل هؤلاء الأطفال تدريباً شاملاً وخبرة إرشادية كبيرة، وبالتالي فإن مثل هذه الأمور تفرض على معلم هؤلاء الأطفال أن يتسم بمجموعة من السمات ذات الأهمية في هذا المضمار حيث يكون من شأنها أن تساعده في تحقيق التعامل الناجح معهم وهو الأمر الذي يعينه بطبيعة الحال على تدريبهم على اكتساب تلك المهارات وتطويرها وتنميتها. وكما يشير تقرير المركز القومي للبحوث NRC (2001) فإن عنصر الإعداد الشخصي يظل هو أحد أضعف العناصر في البرنامج الفعال للأطفال التوحديين وأسرهم.

ومن المعروف أنه لا يوجد هناك سلوك واحد معين يعد مميزاً لاضطراب التوحد، كما لا يوجد أيضاً أي سلوك وحيد يحول دون تشخيصه. وبوجه عام فإن الخصائص المميزة لهذا الاضطراب تتضمن قصور في التفاعلات الاجتماعية، وقصور التواصل، والسلوكيات النمطية. ويتراوح مستوى اضطراب التوحد بين البسيط إلى الشديد، كما يختلف الأطفال التوحديون أو يتباينون بشكل كبير في قدراتهم الخاصة وإعاقتهم. وعلى الرغم من أن غالبية أولئك الأطفال الذين يعانون من مستوى شديد من اضطراب التوحد يعانون كذلك من تخلف عقلي يتراوح في مستواه بين المتوسط إلى الشديد فإن من يعانون من مستوى بسيط من

التوحد أي من متلازمة أسبرجر يكون مستوى ذكائهم مرتفع ومتميز. وبينما يعتبر الأطفال ذوي المستوى الشديد من اضطراب التوحد هم محور الاهتمام في اضطراب طيف التوحد فإن هناك أعداداً أكبر يعانون من أنماط أبسط من الاضطراب ويكون بوسعهم أن يقوموا بالأداء الوظيفي في المجتمع بشكل عادي. وقد كان يتم عزو اضطراب التوحد لعقود عديدة إلى الاتجاهات الوالدية أو السلوك الوالدي، إلا أن مثل هذه الأسباب قد أضحت مشكوكاً في صحتها، وبات الكثيرون ينظرون إلى تلك الأسباب التي تكمن خلف هذا الاضطراب على أنها عصبية وليست بين شخصية، وأنها ترتبط بنوع معين من اختلال الأداء الوظيفي للمخ.

ومن ناحية أخرى فإن التربية التي ينبغي توفيرها للأطفال التوحديين وما يرتبط بها من تدخلات يجب أن تكون مبكرة، ومكثفة، وعلى درجة عالية من التنظيم والترتيب، وأن تشترك الأسرة فيها. كذلك فإنها يجب أن تركز على نواحي القصور في مهارات التواصل التي تمثل محور تلك الإعاقة. وفضلاً عن ذلك فإنه يجب أن يكون هناك تعليم مكثف لمهارات الحياة اليومية، ويجب أن يتم التدريب في مواقف طبيعية بقدر الإمكان، ويفضل أن يتم التعليم والتدريب في مجموعات صغيرة جداً، أو يتم تعليم الطفل بمفرده أي أن يتولى أمر تعليمه مدرب معين. وإذا كان من الممكن بالنسبة للتدخل الطبي أن يسهم بدرجة كبيرة في الحد من بعض هذه الأعراض في بعض الحالات دون غيرها أو يعمل على التخلص منها، فإنه مع ذلك لا يعد كافياً في حد ذاته لعلاج ذلك الاضطراب.

وكما ذكرنا من قبل فإن الخصائص المميزة لاضطرابات طيف التوحد تتباين في الواقع بدرجة كبيرة، وعندما تكون مثل هذه الخصائص شديدة فإنها تحمل في طياتها مآلاً prognosis محدداً كما يرى تشارلوب- كريستي وسكريبمان وبيرس وكورتيز (1998) Charlop- Christy, Schreibman , Pierce & Kurtz والمركز القومي للبحوث (2001) National Research Council حتى في ظل استخدام التدخل المبكر المكثف حيث يكون من غير المحتمل بالنسبة لبعض الأطفال الذين يعانون من أعراض توحدية شديدة أن يحققوا الشفاء الكامل أو التام على الرغم مما يمكن أن يحققوه من تقدم جوهري. ونظراً لأن أعراض اضطراب التوحد تكون غير عادية إلى حد كبير، و تقاوم العلاج بدرجة كبيرة فإن اضطراب التوحد يعد بذلك أرضاً خصبة يمكن من خلالها التأكد من فعالية طرق العلاج المختلفة حيث يتضمن هذا المجال عدداً من العلاجات المتناقضة غير المؤكدة التي لم يتم التحقق منها والتعرف على فعاليتها بعد.

وهناك مثال لأسلوب غير مؤكد لا يزال له مناصروه على الرغم من أن الأدلة المتاحة لم تثبت فعاليته، ويتمثل هذا الأسلوب في التواصل الميسر (وسوف نناقش ذلك في الفصل

الثالث عشر). ونظراً لوجود العديد من التناقضات فيما يتعلق بالتدخلات المختلفة التي يتم استخدامها مع الأطفال التوحديين فقد نشر المركز القومي للبحوث التابع للأكاديمية القومية للعلوم تقريراً عن اضطراب التوحد عام 2001 جاء فيه توصيات بضرورة إعطاء الأولوية في المجال التربوي لستة جوانب أو مجالات للمهارة هي:

1- التواصل التلقائي الوظيفي.

2- المهارات الاجتماعية التي تناسب العمر الزمني للطفل (مع الأخذ في الاعتبار استجابة الأطفال الأصغر سناً بدرجة كبيرة لأمهاتهم) .

3- مهارات اللعب وخاصة اللعب مع الرفاق.

4- المهارات المعرفية أو مهارات التفكير ذات الأهمية للحياة اليومية والتي يتم استخدامها وتطبيقها فيها.

5- السلوك المناسب كي يحل محل السلوك المشكل.

6- المهارات الأكاديمية الوظيفية عندما تتناسب مع حاجات الطفل.

المبادئ الأساسية التي تتضمنها البرامج التربوية التي تقدم للتلاميذ ذوي اضطرابات طيف التوحد

على الرغم من أن تلك البرامج التربوية التي يتم تقديمها لأولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد يجب أن تتضمن مجالات مختلفة. وفيما يلي بعض الإرشادات التي اتفق عليها غالبية الباحثين في هذا الصدد:

أولاً: يعتقد الكثيرون بشكل عام أن أكثر المجالات التي تعد في حاجة إلى تقديم التعليم فيها هي مهارات التواصل بالنسبة لأولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التوحد، والمهارات الاجتماعية لهؤلاء التلاميذ الذين يعانون من متلازمة أسبرجر. وفضلاً عن ذلك يتفق غالبية الباحثين أيضاً على أن تلك البرامج التربوية التي يتم تقديمها للتلاميذ ذوي اضطرابات طيف التوحد ينبغي أن تتضمن ما يلي:

(1) تعليم مباشر للمهارات المختلفة.

(2) إدارة السلوك باستخدام التقييم السلوكي الوظيفي وتعزيز السلوك الإيجابي.

(3) تقديم التعليم في مواقع ومواقف طبيعية.

ونظراً لأن أولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد يعدون كما يرى بارنهيل (2001) Barnhill ووليامز (2001) Williams في حاجة إلى برامج تربوية من شأنها أن تتناول المجالات الآتية: الرغبة في الروتين، والوعي الاجتماعي المحدود، والمدى

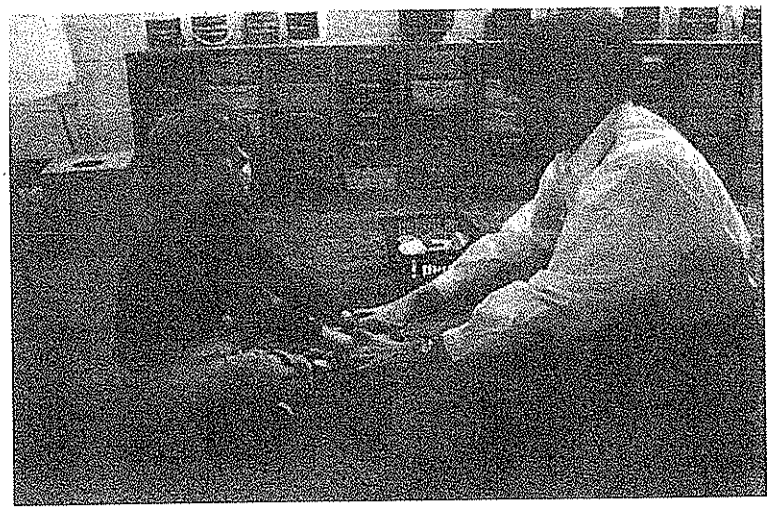
المحدود من الميول، والمشكلات التي تركز على الألعاب، ووجوه الناس أو محاولة تقديم المعلومات، والتآزر الحركي الضعيف، والمشكلات الأكاديمية، وقابلية التأثر الانفعالي. وفي هذا الإطار تتضمن المقترحات المحددة لزيارة نجاح الطفل ما يلي:

- أن يعمل المعلم على خلق بيئة تنبؤية تقوم على روتين متناغم أو متناسق.
- أن يقوم بتعليم التلاميذ كيفية قراءة الإشارات الاجتماعية والاستجابة لها.
- في الغالب سوف يحتاج التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التوحد أن يتعلموا كيف يقرأون الانفعالات، ونبرة الصوت، والإيماءات غير اللفظية، والمصطلحات أو التعبيرات المجردة. وفي هذا الإطار يمكن أن يستخدم المعلمون لعب الدور، وكروت أو بطاقات الإشارات، والرفاق للمساعدة في تعليم التلاميذ هذه الإشارات الاجتماعية القيمة.
- أن يشجع الطلاب الآخرين في الفصل على مشاركة التلميذ الذي يعاني من اضطراب التوحد مع الأخذ في الاعتبار أن التلاميذ التوحديين قد يكونوا إنطوائيين، كما أنهم قد يفضلون صحبتهم الخاصة. وعن طريق تعليم التلاميذ الآخرين في الفصل طرق الاشتراك و المشاركة مع أقرانهم التوحديين سوف تزيد فرص التعلم أمامهم .
- أن يحدد قواعد للمشاركة في المناقشات أو الأنشطة التى تقع في حدود ميول الطالب المحدودة مع العلم بأن الأطفال الذين يعانون من متلازمة Asperger يمكن أن يكون لديهم ميول متطرفة ورغبة في البحث عن معلومات عن هذا الموضوع فقط. و بالمثل فإن التلميذ التوحدي قد يريد أن يلعب بشيء معين فقط، وعلى المعلمين أن يضعوا قواعد مكانية وزمانية للسماح بالدخول في هذه الموضوعات أو الأنشطة حتى يمكن تطوير ميول أخرى وتوفير فرص للتعلم.
- أن يستخدم التعزيز الإيجابي المنظم لتشكيل التفاعلات والسلوكيات الاجتماعية المرغوبة. كأن يقوم مثلاً بتقديم مدح خاص للتلميذ الذي ينضم الى مجموعة نشاط معينة، أو يقدم طلباً يكون من شأنه أن يؤدي إلى المشاركة في مثل هذه الأنشطة. وعندما يتشكل سلوك الطفل بهذه الطريقة فإنه سيبدأ العمل بطرق يحددها المعلم كي تؤدي إلى زيادة التعليم والنتائج الإيجابية طويلة المدى.
- أن يقسم المهارات التعليمية الى عناصر ذات معنى، ويحدد مثيرات خارجية صريحة لتوجيه التلميذ.
- أن يوجد أمام التلميذ خبرات أكاديمية تقوم على النجاح مع الأخذ في الاعتبار أن

التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد يمكن أن تكون لديهم قدرات معرفية تتراوح بين التخلف العقلي الشديد والتخلف العقلي الحاد والموهبة.

- أن يعلم الطالب مسايرة الميكانيزمات المستخدمة عند مواجهة القلق الضاغط.

1- التعليم المباشر للمهارات Direct Instruction of skills: يتطلب التعليم الفعال للتلاميذ ذوي اضطرابات طيف التوحد اتجاه توجيهي منظم يستخدم المبادئ الأساسية لعلم النفس السلوكي في سبيل تحليل المهام المختلفة، وتحديد كيفية تعليمها للتلاميذ بشكل أفضل. ويعني التعليم المباشر كما يرى هالاهان ولويد وكوفمان وويس ومارتنيز (2005) Hallahan, Lloyd , Kauffman , Weiss,& Martinez استخدام التعليم المنظم الذي يعتمد بصفة أساسية على المعلم، والذي يتم في مجموعات صغيرة، أو في مواقف واحد إلى واحد، ويتم تقديم التعليم على امتداد خطوات صغيرة، ويعتمد التعليم أيضاً على الاستخدام المتكرر للأسئلة من جانب المعلم، وتوفير فرص عديدة للممارسة، والاستخدام المتكرر للتغذية الراجعة، والتعزيز، والتصحيح أو التصويب.



غالباً ما يتطلب التعليم الفعال للتلاميذ ذوي اضطرابات طيف التوحد استخدام التعليم المباشر لمجموعات صغيرة أو في مواقف واحد إلى واحد وذلك في سبيل تعليم مهارات التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والمعرفة، والمقررات الأكاديمية الوظيفية

هذا ويمكن للمعلمين أن يستخدموا التعليم المباشر في سبيل تعليم المهارات المختلفة لمثل

هؤلاء الأطفال في مجالات التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والحياة اليومية. ويحدد سكويرمان وفيبر Scheuermann& Webber (2002) الخطوات التالية كمثال للتعليم المباشر لمهارات التواصل لأحد الأطفال التوحديين:

أولاً: يلفت المعلم انتباه التلميذ، ويقوم أحياناً بتحديد ما يجب تعلمه.

ثانياً: يقدم المعلم مثيراً معيناً، وعادة ما يكون هذا المثير على هيئة أمر مع أنه قد يكون مثيراً مرئياً مثل التوجيهات المكتوبة؛ كأن يقول المعلم على سبيل المثال يا دانا أشيري الى كلمة " توقف" stop.

ثالثاً: قد يعطي المعلم إشارة تدل على الاستجابة الصحيحة عن طريق توجيه يد الطفل أو تقديم إشارات بصرية أو لفظية.

رابعاً: ينتظر المعلم قيام التلميذ بتقديم استجابة محددة بوضوح؛ كأن يقوم التلميذ بالإشارة بإصبع السبابة خلال عشر ثوان إلى تلك البطاقة المكتوب عليها الكلمة الصحيحة.

خامساً: يقوم المعلم اعتماداً على تلك الاستجابة التي يقدمها التلميذ بتقديم النتيجة أو التغذية الراجعة على أنها هي الخطوة الخامسة. وإذا كانت الاستجابة المقدمة صحيحة يقول المعلم مشجعاً "حسناً" بينما إذا كانت تلك الاستجابة غير صحيحة فإن المعلم قد لا يقول أي شئ , ولكنه يعمل على تكرار المثير أي الأمر، ويقدم كماً أكبر من الحث للتلميذ وذلك بشكل فعال.

وفضلاً عن ذلك يمكن أن يستخدم المعلمون وأخصائيو اللغة والتخاطب الأنساق الخاصة بالتواصل البديل (انظر الفصل التاسع و الثالث عشر) وذلك عند التعامل الأطفال التوحديين الذين لم يستخدموا اللغة بعد، أو أقرانهم الذين تكون لغتهم الوظيفية محددة ومحدودة جداً. ومن أهم الأساليب التي يتم استخدامها في هذا الصدد تلك الأساليب التي تعتمد على استخدام الصور وذلك في سبيل مساعدة التلاميذ على المبادأة، والإبقاء على التواصل الوظيفي من جانبهم، ومن أهم هذه الأساليب نسق التواصل عن طريق تبادل الصورPECS. (وهناك أيضاً أسلوب TEACH وجداول النشاط المصورة PAS؛ المترجم).

ويقدر مجلس البحث القومي (2001) أن نسبة تتراوح بين ثلث إلى نصف الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لا يستخدمون اللغة أو الكلام بطريقة وظيفية، ولكي نتمكن من مساعدة هؤلاء الأطفال على التواصل فعادة ما يتم أساليب متزايدة أو بديلة للتواصل. وتعمل الأساليب المتزايدة augmentative من وجهة نظر ميراندا Miranda (2003) كأساليب مكملة أو متممة للتواصل الموجود؛ ومن أمثلتها استخدام الإشارات اليدوية بالإضافة إلى القدر

المحدود من الكلام، أما الأنظمة البديلة alternative فهي على العكس من ذلك تعمل كوسيلة أولية للتواصل؛ ومن أمثلتها استخدام الصور، أو الرسوم الخطية، أو الخطوط في سبيل تحقيق التواصل وذلك عندما لا يتمكن الطفل من استخدام اللغة للتخاطب. ويعد نظام التواصل عن طريق تبادل الصور Picture Exchange Communication System PECS الذي قدمه في الأساس Bondy and Frost لهذا الغرض من أهم الأساليب المستخدمة في هذا الصدد. وقد أكدت الدراسات العديدة التي استخدمت هذا الأسلوب أن الأطفال كانوا قادرين ليس على تعلم الرموز واستخدامها بشكل وظيفي فحسب، بل كانوا يستخدمونها أيضا كبديل لاستخدام الرموز في الكلام التلقائي والتقليدي بعد فترة زمنية طويلة يقوموا خلالها باستخدام البطاقات. ومن أهم مزايا استخدام هذا الأسلوب PECS في سبيل تدعيم وتعزيز التواصل من جانب أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد ما يلي:

- مرونة أكبر بسبب الطبيعة غير الكهربية لذلك النظام.
- قدرة الطلاب ذوي المستوى الضعيف من المهارات الحركية اليدوية الدقيقة على الاستفادة من هذا الأسلوب قياساً بأساليب التواصل غير الموجهة كالإشارات اليدوية.
- سهولة التنفيذ والاكتساب.
- تحقيق التواصل ذي المعنى والذي يتم تعزيزه بشكل طبيعي.
- القدرة على زيادة معدل نمو الكلام وتطوره.

ومع أن أسلوب التواصل بنظام تبادل الصور PECS قد تم تصميمه في الأساس كي يتم استخدامه مع الأطفال في سن ما قبل المدرسة فإن نتائج البحوث التي استخدمته قد كشفت عن أنه يمكن أن يكون فعالاً مع المراهقين والبالغين أيضاً. ويمكن أن يتعلم المعلمون استخدام النظام بإتباع كتيب التدريب الخاص به. وعادة ما يبدأ تنفيذ أسلوب التواصل بنظام تبادل الصور PECS بتعليم الطفل القيام تبادل الصور في سبيل تحقيق هدف مرغوب. وحتى يتم تحقيق ذلك بصورة جيدة يتعلم الأطفال كيفية التمييز بين الرموز وبناء تلك الجمل التي يتم استخدامها في التواصل. ومع تحقيق التقدم من جانب الأطفال يتم تعليمهم الإجابة على الأسئلة والتعليق على المواقف المختلفة. وعند استخدام هذا الأسلوب لا يعتمد الأطفال على المثيرات الخارجية ولكنهم بدلاً من ذلك يتعلمون المبادأة بالتواصل باستخدام البطاقات. ومن المعروف أنه يتم تعليم هذا الأسلوب في مراحل تتراوح بين أربع إلى ست مراحل كالتالي:

- **المرحلة الأولى:** يتعلم الأطفال أن يطلبوا تلقائيا تلك العناصر أو الأنشطة المرغوبة عن طريق استبدال بطاقة تتضمن صورة بالعنصر المرغوب. ولا يتم تعليم الأطفال أو

تدريبهم على أكثر من بطاقة واحدة في المرة الواحدة أي أننا ندربهم على بطاقة واحدة فقط في كل مرة، ثم يحدث التعزيز العاجل أو الفوري على أثر الحصول على هذا العنصر المرغوب أو المشاركة في النشاط.

- **المرحلة الثانية:** يتم زيادة عدد المفردات اللغوية التي يستخدمها الطفل عن طريق زيادة عدد البطاقات المستخدمة مع الاستمرار في استخدام بطاقة واحدة فقط في كل مرة .
- **المرحلة الثالثة:** يتم تعليم الطفل التمييز بين عدد كبير من البطاقات في سبيل تحديد البطاقة المرغوبة وذلك عن طريق وضع عدد من البطاقات على اللوحة.
- **المرحلة الرابعة:** يتعلم الطفل البناء الرئيسي للجملة باستخدام تلك الأجزاء المختلفة من الجمل التي توجد على السبورة مثل (أنا أريد) وذلك عند اقترانها بصورة ذلك الشيء المرغوب، وهنا يقول أنا أريد ويمسك في يده بصورة الشيء الذي يريده.
- **المرحلة الخامسة و السادسة :** يتم إضافة بعض الصفات والمفردات اللغوية الأخرى في سبيل تحقيق زيادة التواصل من جانب الطفل. ومن هذه الصفات والكلمات: أربعة- أحمر- يرى- يسمع- يشعر.

2- **إدارة السلوك Behavior Management**: من الجدير بالذكر أن أولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد وخاصة من يعانون من مستويات شديدة الحدة من اضطراب التوحد أحياناً ما يصدر عنهم قدراً كبيراً من السلوكيات غير الملائمة كالعض و الضرب و الصراخ. وكما ذكرنا في مناقشتنا للتخلف العقلي فإن هناك العديد من الاضطرابات مثل الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية، واضطراب نقص أو قصور الانتباه والنشاط المفرط ADHD (راجع الفصول الخامس والسابع والثامن) التي أوصي الباحثون بضرورة أن يتم تناول مثل هذه السلوكيات باستخدام خليط من التقييم الوظيفي للسلوك FBA وتعزيز أو تدعيم السلوكي الإيجابي PBS وذلك حتى نتمكن من الحد من تلك السلوكيات أو تخفيف حدتها. ومن الملاحظ أن التقييم الوظيفي للسلوك FBA يتضمن كما يرى هورنر وألبين وسبراجو وتود Horner, Albin , Sprague, & Todd (2000) تحديد العواقب أو النواتج consequences والأحداث السابقة antecedents، وتحديد تلك الأحداث التي تبقي على مثل هذه السلوكيات. وفي الواقع تشير النواتج إلى ذلك الغرض الذي يحققه السلوك للفرد بينما تشير الأحداث السابقة إلى تلك الأشياء التي يكون من شأنها إثارة السلوك. أما تحديد الأحداث التي تبقي على هذه السلوكيات فيضع في الاعتبار تلك العوامل السياقية contextual التي يحدث السلوك في ضوئها فمثلاً قد يكون من الأكثر احتمالاً

بالنسبة للتلميذ أن يبدي قدراً أكبر من السلوكيات غير الملائمة قرب نهاية اليوم حيث يكون آنذاك مرهقاً بدرجة أكبر. ومن جانب آخر فإن تعزيز السلوك الإيجابي FBS يتضمن إيجاد أساليب يمكن بمقتضاها تعزيز أو تدعيم السلوكيات الإيجابية التي تصدر عن التلاميذ وذلك بدلاً من عقابهم على ما قد يصدر عنهم من سلوكيات سلبية، وبذلك فإن هذا الأسلوب يركز على البيئة الكلية للتلميذ بما فيها التعليم .

3- التعليم في المواقع أو المواقف الطبيعية : **Instruction in Natural Settings** يؤكد معلمو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد تأكيداً متزايداً على تطبيق مبادئ علم النفس السلوكي في مواقع ومواقف طبيعية, وفي تفاعلات طبيعية والتي تمثل في الواقع أنماط المواقع والمواقف والتفاعلات التي يستمتع بها الأطفال غير المعوقين. ومن المعروف أن الباحثين يحاولون دوماً تحقيق الاستخدام التعليمي الأفضل للتفاعلات الطبيعية التى يتعلم الأطفال بمقتضاها ومن خلالها اللغة والمهارات الاجتماعية الأخرى. ومن ناحية أخرى استخدام خليط من هذه الإستراتيجيات (التعليم المباشر، إدارة السلوك، والتعليم في مواقع طبيعية) من شأنه أن يساعد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في تحقيق تلك الأهداف التي يتم تحديدها لهم، كما يسهم بشكل أساسي وفاعل في تعديل سلوكهم.

الإستراتيجيات التربوية المستخدمة لتعليم المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي متلازمة أسبرجر

نظراً لأن احتياجات التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد عادة ما تتركز في الأساس على المهارات الاجتماعية، وأنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يتم دمجهم في مدارس وفصول التعليم العام فإننا سوف نناقش تلك الإستراتيجيات التي تركز على تنمية المهارة الاجتماعية بشكل منفصل. ومن الجدير بالذكر أن أولئك التلاميذ الذين يعانون من متلازمة أسبرجر AS إنما يعدون في حاجة ماسة إلى تعلم المهارات الاجتماعية بشكل صريح ومباشر وهي تلك المهارات التي يتعلمها معظم التلاميذ عن طريق التعليم العرضي أو التعليم غير المباشر.

هذا ومن المعروف أن أولئك الأطفال الذين يعانون من متلازمة أسبرجر إنما يتسمون كما يرى مايليز وسمبسون (2001) Myles & Simpson بجانب من جوانب القصور يتمثل في عدم قدرتهم على فهم المنهج الخفي، ونتيجة لذلك فإنهم عادة ما يقومون بخرق تلك القواعد المصاحبة للمنهج الخفي ولا يمتثلون لها وهو الأمر الذي يترتب عليه إما دخولهم في مشاكل مع الراشدين، أو نبذهم من الآخرين، أو تعرضهم للأذى من الرفاق. وعلى هذا الأساس فإن

تعليم عناصر المنهج الخفي، وشرحها وتفسيرها لهؤلاء الأطفال يجب أن يمثل جزءاً تكاملياً متمماً في تعليم الأطفال والمراهقين ذوي متلازمة أسبرجر AS. كما يجب أن نؤكد أن مثل هؤلاء الأفراد إنما يعدون في حاجة ماسة إلى مثل هذه الأنواع من الأنشطة حيث يمكنهم من خلالها أن يتعلموا فهم العالم المحيط بهم والقيام بالأداء الوظيفي المطلوب منهم في هذا العالم.

ويرى مايليز Myles (2003) أن هناك شبه إجماع بين الباحثين على وجود نوعين على الأقل من الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها في سبيل تعليم المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأفراد حيث توصلوا إلى فاعليتهما النسبية في هذا الصدد هما التفسير الاجتماعي، والتدريب وذلك كما يلي:

التفسير الاجتماعي social interpreting: نظراً لأن أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر يواجهون صعوبة كبيرة في قراءة الإشارات الاجتماعية فإن بعض الباحثين يوصون بضرورة استخدام المفسرين الاجتماعيين أو مترجمي الإشارات الاجتماعيةsocial interpreters وهم أولئك الأفراد الذين يقومون كما يرى مايليز Myles (2003) بتحويل ما يمكن أن يتعرض له الفرد من أحداث محيرة أو مربكة إلى تفاعل ذي معنى من خلال التفسير و التوضيح. هذا وقد ابتكر الباحثون والممارسون فنيات وأساليب عديدة للتدريب على مهارات التفسير الاجتماعي. ومن أهم هذه الأساليب وأكثرها انتشاراً كما يرى بوك Bock (2002) ما يسمى SOAD (توقف Stop، لاحظ Observe، فكر ملياً Deliberate، اسلك أو تصرف Act) وهو الأسلوب الذي يتعلم الفرد من خلاله أن يسأل نفسه العديد من الأسئلة على النحو التالي :

قف: ما هو ترتيب الحجرة ؟ ما هو النشاط أو الروتين ؟

لاحظ: ماذا يفعل الناس ؟ ماذا يقول الناس ؟ ما هو طول المحادثة العادية ؟

فكر ملياً: ماذا أود أن أفعل ؟ ما الذي أود أن أقوله ؟

كيف سأعرف متى يريد الآخرون أن يقوموا بزيارة أطول .....؟

اسلك أو تصرف: اقترب من الشخص الذي أود زيارته وأقول: أهلاً، كيف حالك ؟ ثم أنصت إلى ذلك الشخص وأوجه إليه بعض الأسئلة ذات الصلة، ثم أقوم بالبحث عن بعض الإشارات التي تدل على أن هذا الشخص يريد أن يقوم بزيارة أطول، أو يريد أن يقوم بإنهاء هذه المحادثة.

وهناك أسلوب آخر يمكن استخدامه في هذا الصدد يتمثل في رسوم وأفلام الكرتون وهو الأسلوب الذي لاقى تأييداً كبيراً من قبل العديد من الباحثين إذ أسفرت نتائج البحوث التي

قاموا بإجرائها عن فعاليته في هذا الإطار.

التدريب **coaching** : من الجدير بالذكر أنه بينما يركز أسلوب التفسير الاجتماعي على الأحداث المختلفة بعد أن تحدث فإن أسلوب التدريب يتضمن تقديم المساعدة لأولئك الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر على أن يخططوا للتفاعل الاجتماعي، أو تقديم تلك المساعدة لهم أثناء ذلك التفاعل الاجتماعي، ومن ثم فإن أسلوب التدريب يركز على تقديم المساعدة لمثل هؤلاء الأفراد قبل وأثناء التفاعل الاجتماعي. وهنا قد يقوم المعلم على سبيل المثال بما يلي :

- يحدد طفلاً آخر يجلس بمفرده وقد يريد أن يتفاعل اجتماعيا فيقول إن جوني Johnny يقف هناك وحيداً، وأنا أعتقد أنه ربما يريد شخصاً ما كي يلعب معه. ثم يلتفت المعلم إلى أحد الأطفال الآخرين ويقول له لماذا لا تذهب إليه وتتحدث معه.
- يقوم المعلم بتزويد الطفل بموضوع يمكن يتبادله اجتماعياً مع أحد الأشخاص الآخرين فيقول له مثلاً اسأل سوزان Susan إذا كانت قد رأت الفيلم الشهير الذي يتم عرضه حالياً في دور العرض السينمائي. وإذا كانت قد شاهدته عليه أن يسألها عما أعجبها فيه، أما إذا لم تكن قد شاهدته فيسألها عن تلك الأفلام التي يمكن أن تكون قد شاهدتها مؤخراً.

ومن المعروف أن الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر غالباً ما يواجهون صعوبة كبيرة في أن يقوموا بالبدء في المحادثات، ولذلك فهناك إستراتيجية أساسية في هذا الصدد يوصي بها الباحثون تتمثل في تزويدهم بكلمات معينة يمكنهم بموجبها أن يبدأوا أي محادثة مع الآخرين تعد بمثابة مفاتيح للمحادثات conversation starters وهي عبارة عن بطاقات تتناول موضوعات معينة قد تكون موضع اهتمام من جانب الرفاق من نفس الجنس وفي نفس العمر الزمني.

نماذج تقديم الخدمة

يتضح من التقارير الحديثة الصادرة عن وزارة التربية في الولايات المتحدة الأمريكية أن أفضل بديل تسكيني بصورة عامة لأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد هو الفصل التام أو المستقل في ذاته self- conational classroom وأن حوالي 50%من الأطفال التوحديين في سن المدرسة يوجدون بالفعل في فصول منعزلة، كما أن هناك حوالي ما بين 20% إلى 25% منهم يوجدون في فصول التعليم العام، وأن حوالي 15% يوجدون في غرف المصادر، كما أن حوالي ما بين 10% إلى 15%يوجدون في مدارس منعزلة، وحوالي 2%

تقريباً يوجدون في وحدات للإقامة الداخلية.

ونظراً للتأكيد الجزئي على تلك الطرق والأساليب الطبيعية لتعليم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد فإن نسبة متزايدة من هؤلاء الأطفال وخاصة في الأعمار الزمنية الأصغر يتلقون تعليمهم في الوقت الراهن في مدارس وفصول للتعليم العام توجد بالقرب من منازلهم , وبالتالي فإن معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة يعملون جنباً إلى جنب في هذا النموذج في سبيل إشباع حاجات أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد. ومع ذلك فليس هناك سوى قدر محدود من البحوث والدراسات هي التي تناولت تلك الكيفية التي ينبغي أن يكون عليها مثل هذا التعاون داخل الفصل. ومن أهم الأساليب الواعدة التي يتم استخدامها في هذا الإطار ذلك النموذج المعروف بنموذج التعاون في سبيل دمج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد Autism Spectrum Disorder Inclusion Collaboration وهو ذلك النموذج الذي تناوله سمبسون وديبوار- أوت وسميث- مايليز (2003) Simpson, deBoer - Ott, & smith - Myles . ويؤكد هذا النموذج على المسئولية المشتركة واتخاذ القرار المشترك بين معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة والعاملين المساعدين. ويهتم النموذج أيضاً بسلوكيات المتعلم و العوامل التعليمية، ويتضمن خمسة عناصر رئيسية هي:

أولاً: تعديلات بيئية و منهجية

- توفير الأفراد الذين يقدمون المساندة وتدريبهم بشكل مناسب.
- التدريب أثناء الخدمة.
- إتباع طرق وأساليب تعليمية مناسبة.
- توفير المعلمين المساعدين.
- توفير وقت مناسب للمعلم كي يتمكن من التخطيط.
- تقليل حجم الفصل.

ثانياً : دعم الاتجاهات والمساندة الاجتماعية

- تكوين اتجاه إيجابي للمعلم تجاه الدمج.
- توفير الدعم الإداري لمن يعملون على دمج الطلاب الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد. ASD

- نشر المعلومات الكافية عن اضطرابات طيف التوحدASD.
- توفير المناهج والخبرات اللازمة لتسهيل الفهم والحساسية نحو أولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد ASD.
- تدريب التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد على التفاعل الاجتماعي.

ثالثاً : الالتزام والتعهد من قبل الفريق المشارك

- التحديد الواضح لأدوار أولئك الأشخاص القائمين على تقديم الخدمة.
- تحقيق التواصل الفعال.
- اتخاذ القرار المشترك.

رابعاً: التقييم المتكرر لإجراءات الدمج

- تقييم المساعدات والخدمات الداعمة المناسبة، والتحقق من مدى الفائدة التي تعود من المشاركة والتعليم، والتحقق من تقديم وتوفير التسهيلات المناسبة للحصول على العضوية، والتأكد من المشاركة الفعالة من جانب الطفل.

خامساً: التعاون بين المنزل و المدرسة

- تحقيق المشاركة ذات المعنى بين الطرفين .
- توفير الدعم الإداري المناسب .
- توفر الرغبة من قبل المدرسة في الاستماع إلى الطرف الآخر.

وعلى الرغم من ذلك فإن بعض التعليم الفعال للأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد إنما يتطلب ما يعرف بالتعليم واحد إلى واحد أي معلم أو مدرب لكل طفل، أو التعليم في مجموعات صغيرة جدا وهو الأمر الذي لا يمكن أن يتم غالباً بشكل فعال في الفصل العادي أو حجرة الدراسة العادية. هذا وعادة ما يطلق على مثل ذلك النمط من التعليم اسم التعليم المكثف وهو النمط الذي نلاحظ أنه حتى عندما يتم تقديمه في مواقف معينة ومحددة للتربية الخاصة فإن الأسلوب التدريسي المعروف بتحديد الهدف من التعليم state - of - the- art غالباً ما يؤكد على التفاعلات الإنسانية الطبيعة الأكثر احتمالاً. ولذلك يركز المعلمون في مستوى ما قبل المدرسة على التفاعلات الطبيعية مع الأقران العاديين في الفصول العادية بينما يعمل المعلمون في مستوى المدرسة الابتدائية على ضم عدد أكبر من التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في مجموعات للتعلم التعاوني مع أقرانهم غير المعوقين وذلك في فصول التعليم العام.

التدخل المبكر Early Jntervention

غني عن البيان أن معظم برامج التدخل المبكر في هذا الإطار إنما تركز على أولئك الأطفال الذين يعانون من مستويات حادة أو شديدة من اضطرابات طيف التوحد كاضطرابات التوحد على سبيل المثال وذلك بدلاً من التركيز على تلك المستويات الأقل حدة أو البسيطة كمتلازمة أسبرجر على سبيل المثال وهو الأمر الذي قد يرجع إلى أن متلازمة أسبرجر لا يتم تشخيصها عادة إلا بعد أن يكون الطفل قد تخطى سن ما قبل المدرسة، ولا يمكن أن يعتبر التدخل آنذاك تدخلاً مبكراً .

ولكي تتسم النتيجة التي نحصل عليها بقدر أكبر من الفاعلية فإن تعليم التلاميذ التوحديين وما يرتبط به من تدخلات ينبغي أن يكون مبكراً، ومكثفاً، وعلى درجة كبيرة من التنظيم، كما يجب أن يتضمن الأسرة. فإذا كان التدخل مبكراً ومكثفاً فإنه سوف يؤدي بالضرورة إلى تحقيق نتائج ملموسة لدى العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد على الرغم من عدم وجود نمط معين من التدخلات حتى الآن يمكن أن ندعي أن بإمكانه أن يحقق قدراً معقولاً من النجاح على نطاق واسع وذلك في مساعدة هؤلاء الأطفال وتمكينهم من التغلب على إعاقتهم بشكل تام. هذا ويركز تعليم هؤلاء الأطفال بشكل متزايد على استخدام التفاعلات الطبيعية كي يتم تعليمهم في بيئات طبيعية تتضمن فصول التعليم العام وذلك إلى أقصى حد ممكن. وفي المراجعة التي أجراها المركز القومي للبحوث NRC (2001) لتلك الدراسات و الممارسات التي شهدها هذا المجال وجد إجماعاً واتفاقاً كبيراً كما أوضحنا من قبل على أن العناصر التالية تعتبر بمثابة الملامح الضرورية للبرامج الفعالة بمرحلة ما قبل المدرسة والتي يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد:

- الانتظام في أحد برامج التدخل من جانب الطفل بمجرد أن يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد لديه على أنه خطير.
- المشاركة النشطة في البرامج التعليمية المكثفة بحد أدنى من الوقت يقابل اليوم الدراسي كاملاً وذلك على مدى خمسة أيام في الأسبوع بواقع 25 ساعة أسبوعياً على الأقل مع الاشتراك في البرنامج لمدة عام كامل على أن يتباين معدل اشتراك الطفل في تلك البرامج بحسب عمره الزمني ومستواه النمائي.
- إتاحة الفرص للتعليم المنظم والذي ينتظم عادة على مدى فترات زمنية قصيرة نسبياً للأطفال الأصغر سنا (كأن تتراوح مدة كل فترة مثلاً بين 15 إلى 20 دقيقة) بحيث تتضمن قدراً كافياً من الانتباه من جانب الراشدين في مواقف التعلم واحد إلى واحد والتعليم في مجموعات صغيرة جداً بغرض تحقيق الأهداف الفردية .

- أن يتضمن البرنامج عنصراً أسرياً بما في ذلك تدريب الوالدين.
- أن يتسم البرنامج بانخفاض نسبة الأطفال إلى المعلمين بحيث لا يزيد عدد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في الفصل الواحد عن اثنين لكل معلم.
- أن يتم تحديد آليات معينة لتقييم البرامج الراهنة، وتقييم مدى تقدم كل طفل مع ترجمة النتائج الى توافقات معينة في البرنامج المستخدم.

وقد أدى الفهم الأفضل للدور الوالدي في مثل هذه البرامج إلى جعل الآباء يعملون جنباً إلى جنب مع غيرهم كمعالجين مشاركين وذلك في كثير من برامج التدخل. ومن ثم إذا كان التدخل المبكر مكثفاً وشاملاً كما هو مطلوب تصبح المشاركة الأسرية ضرورية في هذا الصدد. وبدون المشاركة الأبوية في التدريب يصبح من غير المحتمل بالنسبة للأطفال أن يحققوا التواصل وأن يبقوا عليه، وأن يكتسبوا مهارات الحياة اليومية التي يحتاجون إليها في نموهم الاجتماعي وما يمكن أن يحققوه في النهاية من استقلال.

الانتقال إلى مرحلتي المراهقة والرشد Transition to Adulthood

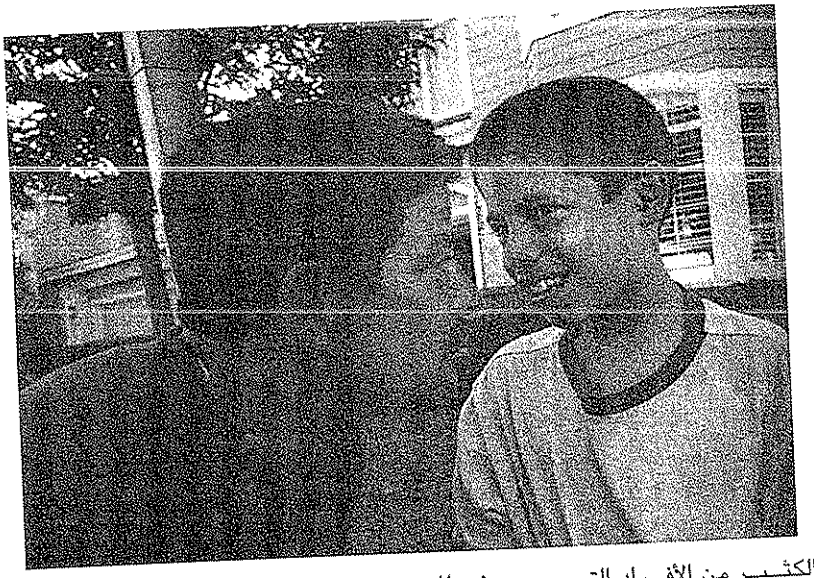
سوف نناقش في هذا القسم من الفصل الحالي الانتقال إلى مرحلتي المراهقة والرشد وذلك بالنسبة لهؤلاء الأفراد الذين يعانون من مستويات حادة أو شديدة من اضطرابات طيف التوحد كاضطراب التوحد على سبيل المثال وذلك بشكل منفصل عن أقرانهم الذين يعانون من النمط الأقل منه في الحدة أو الشدة والمعروف بمتلازمة أسبرجر.

برامج الانتقال للأفراد التوحديين

من الجدير بالذكر أن برامج الانتقال التي يتم استخدامها مع أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد تتبع فعلياً في الواقع نفس المبادئ التي تقوم عليها تلك البرامج التي يتم تقديمها لأقرانهم المتخلفين عقلياً (انظر الفصل الخامس). إلا أن التخطيط للانتقال يجب أن يبدأ مبكراً في حياة الفرد وذلك منذ سني المرحلة الابتدائية، ثم يتحول تدريجياً ليصبح أكثر تكثيفاً وذلك خلال سنوات المدرسة المتوسطة والثانوية. ويتم ذلك التخطيط في الوقت الراهن وفق الفلسفة السائدة حالياً والتي تتمثل في التخطيط المتمركز حول الشخص والذي يتم من خلاله تشجيع الشخص المعوق على اتخاذ قراراته بنفسه. وقد لاحظنا على أثر ذلك أن هناك العديد والعديد من الأفراد التوحديين قد تم دمجهم في المجتمع بشكل متزايد وذلك في وحدات مجتمعية صغيرة للإقامة الداخلية، وفي مواقف ومواقع الحياة المدعومة أو المحمية مثل بيوتهم أو شققهم السكنية. ويتمثل الهدف من دمجهم في مواقف العمل بطبيعة الحال في أن يصبحوا في موقف تشغيل تنافسي، أو في مواقف تشغيل تنافسية مدعومة .

برامج الانتقال للأفراد ذوي متلازمة أسبرجر

كما هو الحال بالنسبة للبرامج التي يتم تقديمها لذوي متلازمة أسبرجر في الأعمار الزمنية الصغيرة فإن التخطيط للانتقال إلى مرحلتي المراهقة والرشد يجب أن يرتكز بدرجة كبيرة على أمور لها أهميتها بالنسبة لهم وفي مقدمتها التفاعل الاجتماعي. ويرى مايليز وسمبسون Myles & Simpson (2003) أن تلك الأمور التي ترتبط بالتفاعل الاجتماعي بالنسبة لأولئك الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر عادة ما تميل إلى التزايد مع وصولهم إلى مرحلة المراهقة والرشد . إلا أن تلك الزيادة في المشكلات التي تتعلق بالتفاعل الاجتماعي لسوء الحظ تعمل ضد تحقيقهم للنجاح حال تشغيلهم. ويرى جيرهارت Gerhardt (2003) أن الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر عندما يخبرون مشكلات معينة حال تشغيلهم فإن مثل هذه المشكلات عادة ما تكون ذات صلة بالتفاعلات الاجتماعية غير المناسبة من جانبهم وليس بأدائهم للعمل.



يندمج الكثير من الأفراد التوحديين في المجتمع في وحدات مجتمعية صغيرة للإقامة الداخلية فضلاً عن مواقف معيشية مدعمة كبيوتهم و شققهم السكنية

وغني عن البيان إن أن أحد الأساليب الرئيسية التي يتم بموجبها تناول أوجه القصور في التفاعلات الاجتماعية إنما يتمثل كما يرى جيرهارت Gerhardt (2003) في أن نفكر فيها في إطار متصل معين تقع مهارات البقاء الاجتماعي على أحد طرفيه في حين تقع الكفاءة الاجتماعية على طرفه الآخر. فعلى سبيل المثال يمكننا أن نتفحص عملية إجراء مقابلة مع أحد الأفراد للحصول على وظيفة كعينة من وجهة نظر الكفاءة الاجتماعية والبقاء الاجتماعي.

وسيتضح لنا أنه في ظل الظروف العادية سوف تعد درجة الكفاءة الاجتماعية مرغوبة إلى حد كبير خلال عملية إجراء مثل هذه المقابلة (حيث تتضمن بعض المهارات الهامة مثل إقامة علاقة مودة وألفة مع الفاحص، والتحدث عن اللعبة التي تمت في الليلة الماضية، ومناقشة بعض الأمور التي تتعلق بالكلية الأم التي يكون طالب الوظيفة قد تخرج منها، .. إلخ ..) و لكن إذا لم تكن مثل هذه المهارات موجودة ومتوفرة فسوف يكون هناك بعض مهارات البقاء الاجتماعي (مثل التواصل بالعين، والابتسامة عند تحية ذلك الشخص الذي سيجري المقابلة معه، وتجنب الموضوعات الجدلية التي يمكن أن تتضمنها المناقشة) والتي قد تكون كافية لإلقاء الضوء على الوظيفة والسماح للفرد بالحصول على تلك الوظيفة.

وتتمثل الفكرة الأساسية هنا في أن المعالجين أو معلمي أولئك الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر يجب أن يركزوا في البداية على مهارات البقاء الاجتماعي لأنها تمثل الحد الأدنى الضروري لتحقيق الاستقلال من جانب الفرد. ويعرض الجدول 12–4 لأمثلة أخرى للمهارات الاجتماعية التي يتضمنها ذلك المتصل الذي يمتد من البقاء إلى الكفاءة.

وعند تصميم برامج الانتقال لأولئك الأفراد الذين يعانون من أي نمط من أنماط الإعاقة دائماً ما يكون من المهم بالنسبة لأصحاب العمل وأساتذة الكلية ومن هم في أوضاع أو ظروف شبيهة أن يفهموا جيداً طبيعة تلك الإعاقة التي يعاني منها ذلك الفرد وهو الفهم الذي يمثل أمراً حاسماً في حالة متلازمة أسبرجر حيث نلاحظ في كثير من الأحيان أنه غالباً ما يسيء الآخرون فهم ذلك الشخص الذي يعاني من متلازمة أسبرجر نظراً لأنه يكون ذكياً، ولكنه مع ذلك يأتي بسلوكيات شاذة أوغريبة.

ومن العدل أن نتساءل فقط إلى أي مدى ينبغي أن نتساهل في هذا الصدد مع أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر، أو إلى أي مدى يمكن أن تتعارض مثل هذه السلوكيات التي تصدر عن أولئك الأفراد مع تلك الثقافة السائدة في مكان العمل. وفي هذا الإطار يتفق معظم الناس على أن هناك مجالاً لتحقيق التحسين أو التغيير اللازم في اتجاهات المجتمع نحو أولئك الأفراد الذين يسلكون بشكل مغاير للمعايير، ولكنهم مع ذلك لا يضايقون الآخرين أو يسببون لهم الأذى والضرر. وسوف يكون من المعقول في كثير من الأحيان أن نتساءل عن مدى أهمية عدم الانسجام الاجتماعي من جانب موظف معين مع باقي زملائه في العمل إذا ما كان يقوم بأداء ما يوكل إليه من أعمال .

جدول (12- 4) نحو تنمية المهارات من البقاء الاجتماعي إلى الكفاءة الاجتماعية

	التركيز على قدر أقل من الكفاءة وقدر أكبر من البقاء المهارات الضرورية: المهارات التي قد يعتمد عليها الاستقلال	المهارات المفضلة : المهارات التي تعزز وتدعم الاستقلال لكنها قد لا تكون حاسمة	التركيز على قدر أكبر من الكفاية وقدر أقل من البقاء المهارات الهامشية : المهارات التي تكون موضع تفاوض رغم قيمتها
ركوب الناس في وسائل المواصلات	الانتظار حتى ينزل الآخرون قبل أن تصعد أنت	كلما كان ذلك ممكناً اختر مقعداً لا تجلس فيه مقابل أي شخص آخر	عند الإمكان اترك صفاً بينك وبين الركاب الآخرين
الغذاء مع شركاء العمل	الأكل الجيد	استجب للتفاعلات من جانب زملاء العمل	ابدأ المحادثات مع زملاء العمل
مقابلة شخصية للوظيفة	التواصل بالعين	اسأل أسئلة معينة عن صاحب العمل	علق على عناصر في المكتب قد تكون ذات صلة بالموضوع

الخلاصة: Summary

- ما هو تاريخ دراسة اضطرابات طيف التوحد؟
- في عام 1943 كتب ليو كانر Leo Kanner عن حالات الأطفال الذين اعتبرهم توحديين autistic و الذين لديهم مشكلات عديدة في التواصل، والتفاعلات الاجتماعية فضلاً عن وجود الحركات التكرارية الغريبة، والرفض القهري للتغيير.
- وفي عام 1944 كتب هانز أسبرجر Hans Asperger عن حالات الأطفال الذين يعتبرهم لديهم اضطراب توحدي ومع ذلك يتمتعون بقدر مناسب من الذكاء العادي، والمستوى اللغوي العادي، ولكنهم عادة ما يكونوا منعزلين اجتماعياً، كما تكون لديهم ميول استحواذية في مجالات ضيقة وذلك بشكل غريب أو خارق للعادة.
- كيف يحدد الأخصائيون اضطرابات طيف التوحد؟
- هناك خمسة اضطرابات متشابهة تتضمن جميعها مشكلات تتعلق بمهارات التواصل، والتفاعلات الاجتماعية، وأنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة stereotyped وهي اضطراب التوحد، واضطراب أو متلازمة أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي، ومتلازمة ريت، والاضطراب العام أو المنتشر غير المحدد في مكان آخر.
- يتسم اضطراب التوحد بجوانب قصور عديدة في التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والأداء الوظيفي العقلي، وغالباً ما يتضمن حركات تكرارية ونمطية فضلاً عن مقاومة التغيير والإدراكات الحسية غير العادية.
- يتمتع أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر بمهارات عقلية ولغوية أعلى وذلك قياساً بأقرانهم الذين يعانون من اضطراب التوحد، ولكنهم مع ذلك يواجهون مشكلات أخرى عديدة في المجالات الأخرى المميزة لاضطرابات طيف التوحد ASD وخاصة التفاعل الاجتماعي .
- ما هو معدل انتشار اضطرابات طيف التوحد؟
- تختلف معدلات الانتشار لكل اضطراب من اضطرابات طيف التوحد، ومع ذلك فإن أفضل المعدلات المتوفرة لدينا تؤكد أن معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد إجمالاً هي 60 لكل 10.000 حالة ولادة، وكانت معدلات انتشار اضطراب التوحد هي 8 إلى 30 لكل 10.000 حالة ولادة، أما الآن فتبلغ حالة واحدة لكل مائتين وخمسين حالة

ولادة، بينما تبلغ معدلات انتشار متلازمة أسبرجر 36 إلى 48 لكل 10.000 حالة ولادة، أما معدلات انتشار متلازمة ريت Rett فتبلغ 1 لكل 10.000 أو 15.000 حالة ولادة، وتبلغ معدلات انتشار اضطراب الطفولة التفكك أو التفسخي 1 لكل 50.000 حالة ولادة.

- باستثناء اضطراب أو متلازمة Rett التي لا تحدث إلا للبنات فإن معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد بين الذكور تزيد عنها بالنسبة للإناث حيث عادة ما تبلغ النسبة بينهما 3 : 1 أو 4 : 1.

- ارتفعت معدلات انتشار اضطراب التوحد بشكل كبير خلال الثلاثين أو الأربعين عاماً الماضية مما دفع البعض إلى الاعتقاد بوجود وباء التوحد، وادعاء وجود مادة سامة toxin خفية في بيئتنا هي التي تؤدي إلى ذلك , وادعى البعض أن مصل الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR قد يكون السبب في ذلك. إلا أن الأدلة العلمية القاطعة قد أكدت في هذا الصدد على الحقائق التالية:

- أن هذا المصل أو التطعيم الخاص بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR لا يسبب اضطراب التوحد مطلقاً.

- أن زيادة معدلات انتشار اضطراب التوحد إنما ترجع إلى وضوح معايير التشخيص التي يتم استخدامها في سبيل ذلك فضلاً عن زيادة الوعي من جانبنا باضطرابات طيف التوحد، وتوفر عدد كبير وصادق من أساليب التقييم في ذات الوقت.

- ما الذي يسبب اضطرابات طيف التوحد؟

- تأثرت النظريات السببية الأولى أو المبكرة بالتفكير التحليلي أي الخاص بالتحليل النفسي وأنحت باللائمة على الوالدين وخاصة الأمهات واللائي غالباً ما يعود إليهن السبب في حدوث اضطراب التوحد لكونهن باردات انفعالياً بدرجة كبيرة، وغير مستجيبات Unresponsive لأطفالهن.

- تؤكد النظريات السببية الراهنة على الأساس العصبي و الوراثي لاضطراب التوحد.

- تتأثر أجزاء عديدة من المخ بهذا الاضطراب، ومن أهمها اللحاء المخي cerebral cortex والعقد القاعدية basal ganglia واللوزة amygdale وقرن آمون hippocampus والجسم الجاسئ corpus callosum، وجذع المخ brain stem والمخيخ cerebellum.

- أسفرت نتائج الدراسات الحديثة عن أن النمو المفرط للمخ في العامين الأولين من الحياة قد يكون عاملاً مساعداً على حدوث اضطرابات طيف التوحد.

- تؤكد الأدلة العلمية الراهنة على أنه ليس هناك سبباً عصبياً أو وراثياً وحيداً أو واحداً

يعد هو المسئول عن اضطراب التوحد بل لابد أن تكون هناك مجموعة من العوامل هي التي تؤدي إليه مجتمعة.

- ما هي طرق التقييم المستخدمة للتعرف على وتحديد وتشخيص أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد؟

- ليس هناك اختباراً تشخيصياً معيناً يتم استخدامه على نطاق واسع أو عالمي ويتم بموجبه تشخيص اضطرابات طيف التوحد.

- بالنسبة لاضطراب التوحد يستخدم الأطباء محكات تركز بصفة أساسية على مهارات التواصل، والتفاعلات الاجتماعية، وأنماط السلوك التكرارية والنمطية أو المقولبة .

- بالنسبة لمتلازمة أسبرجر يبحث الأطباء عن قدرات التواصل العادية أو القريبة من العادية, ومع ذلك فهناك مشكلات في التفاعل الاجتماعي مع وجود أنماط السلوك التكرارية والنمطية ولكنها تكون في مدى يقل كثيراً عنا يحدث بالنسبة لاضطراب التوحد.

- ما هي بعض الخصائص السيكولوجية والسلوكية للأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد؟

- يعاني الأفراد التوحديون من أوجه قصور عديدة تتعلق بالتواصل , والتفاعل الاجتماعي، والجانب المعرفي إلى جانب الأنماط السلوكية النمطية والتكرارية، كما يتسم البعض الآخر منهم بالإدراكات الحسية غير العادية.

- يفتقر معظمهم إلى نية التواصل، أي الرغبة في التواصل الاجتماعي.

- لديهم أوجه قصور معرفية تشبه أقرانهم المتخلفين عقلياً.

- البعض القليل جداً من هؤلاء الأفراد يتمتعون بمهارات أو أجزاء صغيرة من المهارات تعد خارقة للعادة، وغالباً ما نطلق عليهم العلماء التوحديين autistic savants.

- غالباً ما تكون إدراكاتهم الحسية للمثيرات غير عادية فقد يتسمون بفرط الحساسية أو نقص الحساسية للمثيرات المختلفة.

- يبدي الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر مستوى أكثر اعتدالاً أو أقل حدة من أوجه القصور التي تتعلق بالتفاعل الاجتماعي، والتواصل، وأنماط السلوك التكرارية والنمطية وذلك قياساً بأقرانهم الذين يعانون من اضطراب التوحد.

- تتمثل مشكلاتهم الرئيسية في التفاعلات الاجتماعية، وصعوبة فهم المنهج الخفي (الأوامر والنواهي التي تتضمنها الحياة اليومية)، وأخذ الأشياء أو إدراكها حرفياً .

- تتمثل المشكلات الرئيسية التي تواجههم بالنسبة للتواصل في الاستخدام الاجتماعي لمهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية.
- على الرغم من وجود ثلاث نظريات تتناول أوجه القصور المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد فإننا لا نجد أي نظرية منها تقدم تفسيراً مناسباً لكافة أوجه القصور التي تنتاب جميع اضطرابات طيف التوحد. ولكن استخدام مثل هذه النظريات معاً يسهم في رسم صورة مركبة لاضطرابات طيف التوحد.
- تتضمن المشكلات التي تتعلق بالوظائف التنفيذية أشياء معينة مثل الذاكرة العاملة, والتنظيم الذاتي للانفعالات، والقدرة على التخطيط المستقبلي أو التخطيط للأمام .
- تتضمن المشكلات التي تتعلق بالترابط أو التماسك المركزي الانتباه الكبير للتفاصيل أو الأجزاء أثناء المعالجة المعرفية وهو ما يؤدي إلى حدوث قصور في تصور أو فهم وإدراك الكل المتماسك coherent whole .
- تؤدي المشكلات التي تتعلق بنظرية العقل أو المعرفة إلى قصور في أخذ منظور أو دور شخص آخر، أو القدرة على قراءة ما يفكر فيه الآخرون.

▪ ما هي بعض الإعتبارات التربوية التي ينبغي أن نراعيها عند التعامل مع الأفراد ذوي اضطرابات طيف توحد ؟

- تتمثل أهم المجالات التي تعد في حاجة إلى تعليم بالنسبة لهؤلاء الأفراد في مهارات التواصل للأفراد التوحديين، والمهارات الاجتماعية لذوي متلازمة أسبرجر.
- يجب أن تتضمن تلك البرامج التعليمية التي يتم تقديمها لأولئك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد ما يلي:

(1) التعليم المباشر للمهارات.

(2) إدارة السلوك باستخدام التقييم الوظيفي للسلوك وتعزيز السلوك الإيجابي.

(3) التعليم في مواقع ومواقف طبيعية.

- يتطلب الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر تعليماً مباشراً وصريحاً للمهارات الاجتماعية، وهناك استراتيجيتان عامتان وهامتان لتعليم مثل هذه المهارات هما التفسير الاجتماعي والتدريب.

▪ ما هي أهم الأمور التي توضع في الاعتبار عند اللجوء إلى التدخل المبكر في هذا الصدد؟

▪ إن برامج التدخل المبكر الأكثر فاعلية تكون مكثفة، وجيدة التنظيم، وتتضمن الأسرة.

- غالباً ما تستخدم برامج التدخل المبكر التفاعلات الطبيعية لتعليم الأطفال في بيئات طبيعية، ولذلك فإنها غالباً ما تتم بقدر الإمكان في فصول التعليم العام.
- ما هي أهم الأمور التي توضع في الاعتبار عند استخدام البرامج الانتقالية في هذا الصدد ؟
- أن يكون التركيز في حالة اضطراب التوحد على التخطيط المتمركز حول الشخص مع اللجوء إلى الترتيبات الحية في وحدات الإقامة الداخلية المجتمعية أو المواقف الحياتية المدعمة أو المحمية، أو التشغيل التنافسي، أو التشغيل التنافسي المدعم. أما بالنسبة لذوي متلازمة أسبرجر فغالباً ما يكون التركيز على تحسين التفاعلات الاجتماعية في مواقف العمل ومواقف ما بعد التعليم الثانوي.

الفصل الثالث عشر

13

الأطفال ذوو الاعاقات قليلة الانتشار والاعاقات المزدوجة والاعاقات الشديدة

Learners with Low-Jncidence, Multiple, and Severe Disabilities

مقدمة:

مما لا شك فيه أن تعريف كل فئة من الفئات غير العادية قد شهد جدلاً كبيراً وهو الأمر الذي لم تسلم منه الإعاقات الشديدة والمزدوجة أيضاً. وقد أصدرت جمعية الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة Association for persons with Severe Handicaps TASH تعريفاً للأفراد ذوي الإعاقات الشديدة كما يشير براون وسنيل (2000) Brown &Snell بأنهم أولئك الأفراد في كافة الأعمار الذين يعدون في حاجة إلى المساندة الموسعة والمستمرة وذلك في أكثر من نشاط أساسي واحد من أنشطة الحياة حتى يتمكنوا من المشاركة في المواقف المجتمعية التكاملية، وأن يتمتعوا بجودة الحياة التي تتاح أمام أولئك الأفراد الذين يعانون من إعاقات تقل في شدتها عن إعاقاتهم التي يعانون هم أنفسهم منها، أو الذين لا يعانون من أي إعاقات على الإطلاق. وقد يحتاج أولئك الأفراد إلى المساندة حتى يتمكنوا من أداء الأنشطة الحياتية المختلفة مثل الحركة، والتواصل، والعناية بالذات، والتعلم اللازم للحياة المستقلة، والتشغيل، والكفاءة الذاتية.

ومن المعروف أن كلاً من الإعاقات الشديدة والمزدوجة غالباً ما ترتبط ببعضها البعض من ناحية المفهوم نظراً لأن أي إعاقة شديدة تتطلب تقريباً مساندة موسعة ومستمرة وذلك في أكثر من نشاط أساسي واحد من الأنشطة الحياتية وهو ما يعني أن الإعاقة الشديدة والمزدوجة تميلان إلى أن تسيرا في ذات الاتجاه. وفي الواقع فإننا قد نجد هناك إعاقة شديدة ينغمس من يعانون منها في نشاط حياتي واحد كأن نجد على سبيل المثال أن من يعانون من الصمم الحاد ينغمسون فقط في التواصل اليدوي البصري وليس التواصل اللفظي السمعي، كما أننا قد نجد إعاقة مزدوجة لا يعد أياً من طرفيها شديداً كأن نجد هناك مثلاً إعاقة جسمية بسيطة نسبياً، وإعاقة بصرية بسيطة، وتخلف عقلي بسيط. وعلى الرغم من ذلك فإن من يعانون من الإعاقات الشديدة في أي مكان عادة ما يعانون من أكثر من إعاقة واحدة. وفضلاً عن ذلك فإن الجمع بين الإعاقات البسيطة قد يؤدي إلى وجود مشكلات تربوية شديدة وهو الأمر الذي يشير إليه قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA حيث يؤكد على أن الإعاقات المزدوجة تعني تزامن أكثر من إعاقة واحدة معاً وهو ما يؤدي إلى حدوث مشكلات تربوية شديدة لا يمكن أن نرجعها في برامج التربية الخاصة إلى إحدى الإعاقتين فقط دون الأخرى. كما يؤكد هذا القانون على أن مصطلح الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة يشير إلى أولئك الأفراد الذين يعدون نظراً لشدة مشكلاتهم الجسمية، أو العقلية، أو الانفعالية في حاجة

ماسة إلى مستوى مرتفع من خدمات التربية الخاصة، والخدمات الاجتماعية والنفسية والصحية حتى نحدد الحد الأقصى لطاقاتهم الكامنة التي يمكنهم بموجبها أن يشاركوا بشكل مفيد ودال مع أقرانهم في مجتمعهم أي يقوموا بدور معين فيه، وأن يصلوا إلى ما يعرف بالأداء الذاتي. وجدير بالذكر أن هذا المصطلح يتضمن الأطفال المضطربين انفعالياً بما فيهم الفصاميين، كما يتضمن الأطفال التوحديين، والمتخلفين عقلياً من المستويين الشديد والحاد، وأولئك الذين يعانون من إعاقتين اثنتين خطيرتين أو أكثر في ذات الوقت كالصمم مع كف البصر أو التخلف العقلي، أو كف البصر مع الشلل الدماغي أو الصمم. وقد يخبر الأطفال ذوو الإعاقات الشديدة حرماناً شديداً من الحديث أو اللغة أو حرماناً معرفياً حسياً. كما أنهم قد يظهرون سلوكيات غير عادية كالفشل في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية الواضحة، وإيذاء الذات، والإثارة الذاتية، والتعرض لنوبات مزاجية طويلة وحادة، وعدم وجود أي أشكال أولية من الضبط اللفظي، كما قد يعانون من حالات فسيولوجية سيئة وذلك بدرجة كبيرة.

ومع وضع هذه الاعتبارات في أذهاننا فسوف نناقش عدداً من الفئات والمشكلات في الفصل الحالي هي:

- إصابة الدماغ الناتجة عن الصدمات.
- الإعاقة السمعية البصرية.
- التواصل البديل والمتزايدaugmentative والإثارة الذاتية.
- إيذاء الذات.
- المشكلات السلوكية الأخرى.

ونظراً لأننا قد ناقشنا التخلف العقلي في الفصل الخامس واضطراب التوحد في الفصل الثاني عشر فان العديد من الافراد الذين سوف نتحدث عنهم في الفصل الحالي ينتمون في الواقع إلى الفئات السابقة.

أولا: إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات:

لاحظنا في الفصل الأول أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA الذي صدر عام 1990 قد أشار إلى فئة إصابات الدماغ أو المخ الناتجة عن الصدمات Traumatic Brain Injury TBI يحصل الأطفال الذين يندرجون تحتها على التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات. ويشهد الوقت الراهن فهماً أفضل لطبيعة مثل هذه الفئة والحاجات التربوية لأولئك الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم في إطارها. وعلى العكس من الشلل الدماغي فإن

إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات تعد بمثابة تلف في المخ ينشأ في الأصل نتيجة التعرض لصدمة بعد فترة من النمو العصبي الطبيعي. وتمثل هذه الفئة مشكلات تربوية فريدة غالباً ما يتم فهمها بشكل غير مناسب، وبالتالي تساء إدارة هؤلاء الأفراد. وقد ساهمت التطورات الطبية الحديثة كثيراً في الفهم الجيد لطبيعة هذه الئة حيث تحسنت وسائل تشخيصها وتطورت الأساليب العلاجية التي يتم تقديمها لأعضائها.

تعريف هذه الإصابات والخصائص المميزة لها

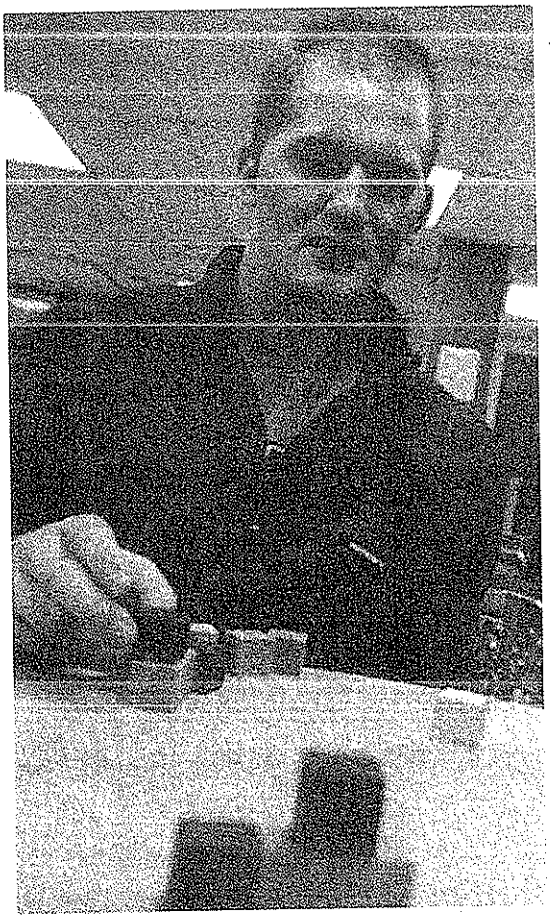
تحدد التعريفات المتفق عليها لإصابة المخ أو الدماغ الناتجة عن الصدمات ما يلي:

1- أن هناك إصابة معينة للمخ أحدثتها قوة خارجية معينة.

2- أن هذه الإصابة لم تحدث على أثر حالة جينية أو وراثية.

3- أن هناك حالة متغيرة من الشعور بها.

4- أنه عادة ما يترتب على هذه الإصابة اختلال الأداء العصبي أو العصبي السلوكي.



ومن جانب آخر فإن معظم التعريفات المستخدمة في هذا الإطار تحدد إلى جانب ذلك أن مثل هذه الإصابة تتبعها إعاقة في قدرات الفرد التي تعتبر ضرورية للتعلم المدرسي والأداء الوظيفي اليومي.

وجدير بالذكر أن إصابة المخ الناتجة عن الصدمات قد تنشأ في الغالب وكما يشير أديلسون وكوشانيك (1998) Adelson &Kochanek عن فئتين من الإصابات هي إصابات الرأس المفتوحة، وإصابات الرأس غير المفتوحة أو المغلقة. وغالباً ما تتضمن الفئة الأولى منهما وهي إصابات الرأس المفتوحةopen head injuries حدوث جرح نافذ في الرأس قد يرجع إلى العديد من الأسباب التي يعتبر من أهمها وفي مقدمتها السقوط من مكان مرتفع على الأرض، أو التعرض لطلق ناري في الرأس، أو تعرض الرأس لضربة قوية، أو التعرض لحادث سيارة يؤثر على الرأس، أو إجراء جراحة معينة في الرأس. أما الفئة الثانية من تلك الإصابات والتي تتمثل في إصابات الرأس غير المفتوحة closed فلا يوجد فيها أي جرح مفتوح بالرأس، ولكن تلف المخ في تلك الحالة يحدث نتيجة الضغط أو التمدد الداخلي، أو أي حركة أخرى سلبية للأنسجة المحايدة داخل الرأس.

هذا ويركز تعريف إصابة المخ الناتجة عن الصدمات على تلك الإعاقة التي تحدث نتيجة لذلك في جانب واحد أو أكثر من تلك العوامل التي تعد ذات أهمية بالغة لحدوث التعلم. ويحدد القانون الفيدرالي لتعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA أن مثل هذه الإصابة تعتبر إصابة مكتسبة يتعرض المخ لها، وتحدث نتيجة لقوة مادية خارجية، وتؤدي إلى حدوث إعاقة وظيفية كلية أو جزئية، أو حدوث إعاقة نفس اجتماعية،أو كليهما معاً وهو ما يؤثر سلباً على الأداء التربوي للطفل. وينطبق هذا المصطلح على إصابات الرأس المفتوحة أو غير المفتوحة وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث إعاقة في جانب واحد أو أكثر من الجوانب التالية :

أ- المعرفة.

ب- اللغة.

جـ- الانتباه.

د- الاستدلال.

هـ- التفكير المجرد.

و- إصدار الأحكام.

ز- حل المشكلات.

ح- القدرات الحسية والإدراكية والحركية.

ط- السلوك النفس اجتماعي.

ي- الوظائف الجسمية.

ك- تجهيز المعلومات ومعالجتها.

ل- الكلام أو الحديث.

ومن جانب آخر فإن هذا المصطلح لا ينطبق على تلك الإصابات الجينية أو الوراثية، أو إصابات المخ التي تنشأ عن تلك الصدمات التي يمكن أن يتعرض الطفل لها عند الميلاد. وتؤدي النتائج المتعددة التي يمكن أن تترتب على تلك الإصابة كما يؤكد مركز الأطفال غير العاديين Council for Exceptional Children (2001) إلى حاجة الطفل لتلقي التربية الخاصة حيث أن تلك الإصابة في حد ذاتها تعد بمثابة حالة طبية. وتتراوح الآثار المترتبة عليها بين المستوى البسيط جداً إلى المستوى الحاد. كما قد تكون تلك الآثار مؤقتة أو دائمة، وغالباً ما تكون مثل هذه الآثار مباشرة وهو الأمر الذي يجعل هذه الإصابة بمعزل عن معظم الإعاقات الأخرى حيث يتبدل حال الطفل بين عشية وضحاها. ويؤدي هذا التغير المفاجئ كما يرى ديل أورتو وباور Dell Orto & Power (2000) إلى حدوث مشكلات خاصة لكل من الأسرة والمعلمين. ومع ذلك فإن الآثار التي تترتب على تلك الإصابة لا تظهر على الطفل عقب الإصابة مباشرة، ولكنها تظهر بعد ذلك بعدة أشهر وربما عدة سنوات.

هذا وتضم الآثار التي يحتمل حدوثها على أثر مثل هذه الإصابة أو كنتيجة طبيعية ومنطقية لها قائمة طويلة من مشكلات التعلم والمشكلات النفس اجتماعية المتعددة، وتأتي المشكلات التالية في مقدمتها، كما تعتبر من أهمها، وهي:

1- مشكلات في تذكر الأشياء.

2- مشكلات في تعلم المعلومات الجديدة.

3- مشكلات اللغة والتخاطب، أو إحداهما فقط.

4- صعوبة وضع الأشياء في تسلسل معين.

5- صعوبة تجهيز المعلومات المختلفة ومعالجتها.

6- التفاوت الكبير في مستوى قدرات الفرد أو أداءاته بحيث يبدو قادراً على أداء بعض الأشياء وغير قادر على أداء بعضها الآخر.

7- التفاوت الشديد في التقدم الذي يمكن أن يحرزه الطفل بحيث يحصل على مكاسب سريعة في بعض الجوانب أحياناً، ولا يحصل على أي مكاسب مطلقاً في أحيان أخرى وفي جوانب أخرى.

8- أساليب أداء غير ملائمة.

9- عدم القدرة على فهم البشاشة أو المواقف الاجتماعية.

10- الشعور بالتعب والإرهاق أو الإحباط أو الغضب بسرعة.

11- تقلبات مزاجية مفاجئة ومبالغ فيها.

12- الاكتئاب.

13- العدوان .

14- التعرض لخوف غير معقول أو للقلق .

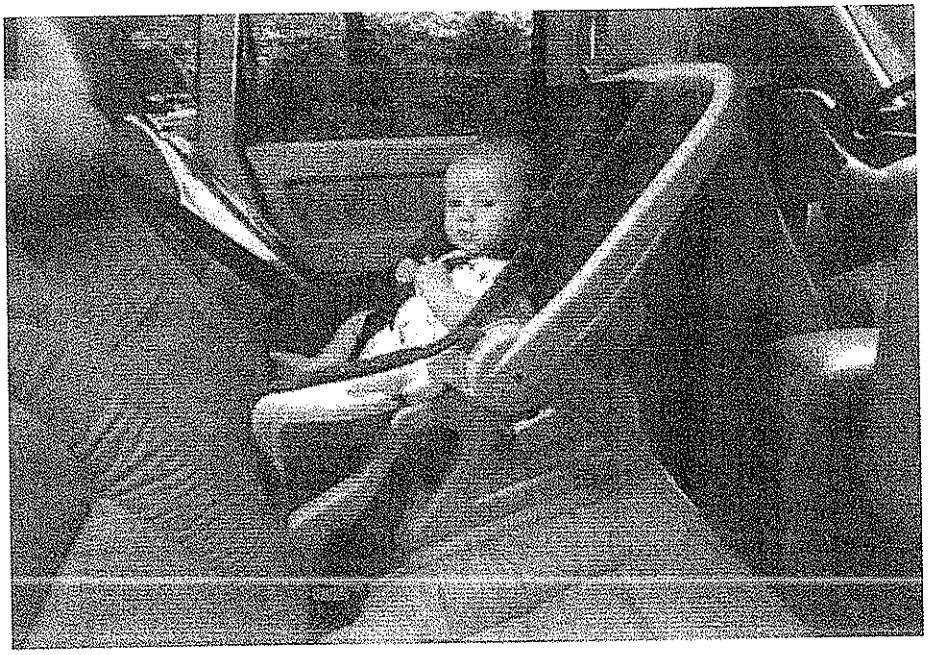
15- سرعة الإثارة .

16- التكرار المستمر لفكرة معينة أو سلوك معين .

ومن أهم الصعوبات التي تتعلق بتلك الإصابة والتي قد يتعرض الفرد لها أو يواجهها ويعاني بالتالي منها أنها غالباً ما تكون غير مرئية أي أنها بذلك لا تمثل شيئاً ملموساً يمكن ملاحظته، وعلى ذلك فإنها تشبه صعوبات التعلم من حيث عدم ملاحظتها في البداية أي أنها ليست شيئاً يمكن أن نلاحظه بالضرورة على شخص معين في بداية حدوثه وذلك على الرغم من أن الفرد الذي يعاني من هذه الإصابة قد يعاني في بعض الحالات من الشلل، أو عدم وضوح الكلام، أو غير ذلك من الدلائل أو المؤشرات الدالة على حدوث تلف بالمخ يظهر بشكل سريع، ولكن هناك حالات أخرى يبدو فيها الشخص الذي يتعرض لمثل هذه الإصابة كغيره من الأفراد الآخرين الذين لم يتعرضوا لها ولم يعانوا منها حيث لا تبدو آثارها عليه إلا كما ذكرنا آنفاً بعد الإصابة بعدة شهور وربما بعدها بعدة سنوات.

معدل الانتشار Prevalence

من الصعب تحديد معدل الانتشار الفعلي لإصابة المخ الناتجة عن الصدمات، ولكننا نعلم أن مثل هذه الإصابة تحدث بمعدل مزعج بين الأطفال والمراهقين. وتوضح التقديرات كما يشير سيفيج وولكت Savage &Wolcott (1994) أن هناك نسبة معينة تتعرض لإصابة المخ كل عام بحيث نجد أن حوالي 0.5% من الأطفال في سن المدرسة يتعرضون لمثل هذه الإصابة سنوياً. وعندما ينهي المراهقون دراستهم بالمدرسة العليا أو الثانوية نلاحظ أن حوالي 4% من الطلاب يعانون من تلك الإصابة. هذا ويصل عدد الأطفال والمراهقين الذين يتعرضون لإصابات الرأس سنوياً وفق إحصاءات مركز الأطفال غير العاديين CEC (2001) حوالي مليون طفل، وهناك نسبة من هذا العدد تتراوح بين خمس عشرة ألف طفلاً إلى عشرين ألف طفل يخبرون آثاراً مستمرة لمثل هذه الإصابة.



تساعد إجراءات الوقاية والأمان في الحد من حدوث حالات كثيرة من تلك الإصابة

ويعتبر البنون أكثر عرضة لهذه الإصابة قياساً بالبنات، كما أن المدى العمري الذي يمكن أن تحدث فيه مثل هذه الإصابة لكلا الجنسين إنما يتمثل كما يشير كريستنسين Christensen (1996) في مرحلتي المراهقة المتأخرة والرشد المبكر. وعادة ما يشار إلى هذه الإصابة على أنها وباء صامت، فهي تعد وباء بسبب معدل انتشارها المتزايد، أما نعت ذلك الوباء بالصامت فيرجع إلى عدم الإبلاغ عن العديد من الحالات الخطيرة لإصابات الرأس إلى جانب أن العديد من هذه الحالات لا يتم اكتشافها، أو يتم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها إعاقة أخرى. ومن جانب آخر فإن معدل انتشار إصابة المخ الناتجة عن الصدمات يعد غير دقيق نظراً لأن العديد من تلك الأسباب التي تؤدي إليها يمكن تفاديها تماماً أو الوقاية منها إذا ما اتبعنا إجراءات الوقاية والأمان العادية.

الأسباب المؤدية للإعاقة Causes

من الجدير بالذكر أن حوادث السقوط من أعلى كما يشير ماكدونالد وآخرون (b1999) McDonald et.al. تعد هي السبب الأكثر انتشاراً لهذا الاضطراب وذلك قبل بلوغ الأطفال الخامسة من أعمارهم فضلاً عن حوادث السيارات، وإساءة معاملة الأطفال. أما بعد الخامسة من العمر وحتى خلال مرحلة المراهقة فإن حوادث المركبات (بما فيها حوادث

المشاة، والدراجات، والدراجات البخارية، والسيارات) تعد هي المسئولة عن معظم حالات الإصابة، بينما نلاحظ أنه مع الزيادة في السن تظهر أسباب أخرى من أهمها ضرب الرأس بأداة معينة، أو الطلق الناري وهي ما تعد من أكثر الأسباب شيوعاً خلال مرحلة الرشد التي تؤدي إلى تلك الإصابة. وإضافة إلى ذلك فإن هناك العديد من الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى إصابات الرأس غير المفتوحة من أهمها العديد من الأحداث وحوادث المركبات إلى جانب السقوط من مكان مرتفع أو تعرض الرأس لصدمة عنيفة يسببها أحد الأشخاص الراشدين وهو الأمر الذي يعكس بدوره إساءة المعاملة.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

يمكن أن تتنوع الاعتبارات التربوية التي تترتب على إصابة المخ الناتجة عن الصدمات وذلك إلى حد كبير اعتماداً على طبيعة وشدة الإصابة، وسن الطفل عند حدوثها، والقدرات التي تميزه. ومن الأمور الهامة في تعليم الطفل الذي يخبر هذه الإصابة كما يشير ديل أورتو وباور Dell Orto & Power (2000) مساعدة أعضاء أسرته، ومعلميه، وأقرانه على الاستجابة بشكل صحيح وملائم إلى تلك التغيرات الفجائية والكبيرة أحياناً التي قد تنتاب القدرات الأكاديمية للتلميذ، ومظهره العام، وسلوكه، وحالته الانفعالية. ويرى تايلور وميرا Tyler &Mira (1999) أن كلاً من معلمي التربية الخاصة والتعليم العام يحتاجون إلى تدريب يتعلق بكيفية التعامل مع تلك الإصابة وما يترتب عليها حتى يتم دمج هؤلاء التلاميذ بشكل ناجح مع أقرانهم العاديين في ذات الفصل والمدرسة التي كانوا يحضرون إليها وينتظمون بها قبل أن يتعرضوا لتلك الإصابة.

وتعتبر الخصائص التالية سمات أساسية يجب أن تتضمنها البرامج التربوية المناسبة للتلاميذ الذين يتعرضون لتلك الإصابة:

1- الانتقال من المستشفى أو مركز التأهيل إلى المدرسة.

2- العمل كفريق يضم معلم التعليم العام، ومعلم التربية الخاصة، والمرشد، والإداريين، والأسرة.

3- اتباع برنامج تربوي فردي يراعي الجوانب المعرفية، والاجتماعية السلوكية، والحس الحركية للطفل .

4- اتباع الإجراءات التربوية التي يكون من شأنها أن تساعد التلاميذ على حل المشكلات التي تتعلق بتركيز الانتباه، والاحتفاظ بالانتباه لفترات أطول، وتذكر الحقائق والمهارات التي يكون قد تم تعلمها من قبل، وتعلم أشياء جديدة، والتعامل مع حالة التعب والإجهاد التي يتعرض لها، والقيام بالسلوكيات الاجتماعية الملائمة.

5- التركيز على العمليات المعرفية التي يتم من خلالها تعلم المهارات الأكاديمية وليس مجرد تعلم محتوى المنهج فقط.

6- التخطيط لتناول الحاجات طويلة المدى إضافة إلى تلك الأهداف المباشرة والسنوية لخطة التعليم الفردية.

ومن الجدير بالذكر أن إصابة المخ الناتجة عن الصدمات تعد بمثابة حالة من حالات الإعاقة العصبية neurological التي تشهد حدوث تغيرات فجائية في قدرات الطفل وهو الأمر الذي يؤدي غالباً إلى الإحباط من جانب كل من الطفل والمعلم الذين يجب عليهما أن يسايرا هذا الفقد أو تلك الخسارة التي يكون الطفل قد تعرض لها. كذلك يجب أن يخضع الطفل للعلاج الطبي حتى يتم علاج الجوانب الجسمية للإعاقة. ويصبح من المهم آنذاك أن يدرك المربون ما يمكن أن تفرضه تلك الإصابة من فرض نظام معين على البيئة السيكلوجية والاجتماعية في المدرسة.

وينبغي أن يركز المعلم على مساعدة التلميذ الذي يعاني من تلك الإصابة على أن يستعيد قدراته المعرفية حيث تعد هذه القدرات هي الأكثر أهمية بالنسبة للتقدم الأكاديمي والاجتماعي. كما تعد القدرة على تذكر المعلومات الأكاديمية والاستفادة منها، والقدرة على تذكر الظروف الاجتماعية بمثابة الأساس لنجاح الطفل على المدى الطويل. ومن ثم يجب أن يقوم المعلم بمساعدة التلميذ على تعلم استخدام ميكانيزمات المسايرة والاستراتيجيات البديلة كاستخدام جهاز التسجيل، والتخطيط، أو الآلات التنظيمية الأخرى، والمينات على التذكر وذلك بالنسبة لأي قدرة لا يمكنه أن يقوم باستعادتها. وفضلاً عن ذلك فإن تلك الإصابة تمثل تحديات معينة أمام المعلمين وذلك في مجالات التقييم والتخطيط التربوي. وكما لوحظ في مركز الأطفال غير العاديين CEC (2001) فإن الحاجات التربوية للطفل الذي يعاني من تلك الإصابة سوف تتغير بشكل سريع بعد إصابته، وبالتالي فإن الأهداف والأغراض المختلفة التي ينبغي تحقيقها من خلال البرنامج التربوي الفردي يجب أن يتم إعدادها في البداية كي تساعده على التحصيل في غضون فترات زمنية قصيرة تتراوح بين4-6 أسابيع وذلك بدلاً من أن يتم ذلك على مدى فترة تتراوح من ستة شهور إلى سنة كاملة كما يحدث في الحالات العادية. كذلك فإنه يحتاج إلى المزيد من التقييم المتكرر الذي يزيد عن أقرانه الآخرين ذوي الإعاقات الأخرى.

وهناك مشكلة أساسية ترتبط بإعادة الالتحاق بالمدرسة بعد حدوث الإصابة ـ على الأقل إذا ما كانت الآثار المترتبة عليها خطيرة ـ تتمثل في ميل الطفل إلى رؤية نفسه على أنه لم يتغير وذلك في الوقت الذي يراه أقرانه ومعلموه على أنه ليس نفس الشخص الذي كان قبل

ذلك. هذا وقد لاحظ أورتو وباور (2000) Orto &Power أن التركيز المجتمعي والذي عادة ما يكون على الإنتاجية، والتنظيم، والاستقلالية، والإنجاز قد يسهم في تكوين اتجاهات سلبية تجاه التلميذ الذي يعاني من تلك الإصابة. كذلك فإن أوجه القصور الأكاديمية الملاحظة على الطفل تتعارض كثيراً مع القيم المتعلقة بالإنجاز أو التحصيل فتسبب الإحباط وعدم الراحة من جانب المعلمين وربما رفض الطفل أيضاً حيث نجد أن العديد من المعلمين لا يريدون أن يكون في فصولهم أطفالاً من هذا القبيل. وربما يرجع ذلك إلى إبداء هؤلاء الأطفال لبعض الخصائص التي يعدها المعلمون مثيرة للمشاكل. ومن ثم فإن عودة الطفل للمدرسة بعد حدوث الإصابة تتطلب التكاتف من قبل فريق عمل متكامل يضم العديد من المختصين كما أشرنا من قبل.

هذا ويعتبر تقييم المهارات الأكاديمية والاجتماعية للتلميذ بعد حدوث الإصابة أمراً ينطوي على خدعة نظراً لأنه غالباً ما يكون من الصعب أو من المستحيل أن نعزل الأسباب الفسيولوجية أو الأسباب التي تؤدي إلى حدوث صعوبة في المهمة المستهدفة عن غيرها من الأسباب الأخرى. ويعتبر تحديد الصعوبات التي يواجهها الطفل في التعلم الاجتماعي والأكاديمي أمراً أكثر أهمية من مجرد المعرفة الدقيقة للسبب الفسيولوجي الذي يكمن خلف تلك الصعوبات التي يواجهها الطفل. ورغم الحاجة إلى وجود فريق عمل متكامل فإن أخصائي الأعصاب يمكن أن يزودنا بمعلومات عن تلك النتائج التي يمكن أن تترتب على هذه الإصابة وهو الأمر الذي يمكن أن يساعد المعلمين في وضع وتحديد توقعات معقولة من الطفل، وتعليمه مهارات المسايرة وهو ما يمكن أن يعوضه عن قدراته التي لن يستعيدها من جديد.

اضطرابات اللغة

مما لا شك فيه أن الطفل الذي يتعرض لمثل هذه الإصابة قد يكتسب كما يشير بيوكلمان وميرندا (1998) Beukelman &Mirenda ونيلسون (1998) Nelson وماكدونالد وآخرون (a1999) McDonald et.al. اضطراباً لغوياً بعد فترة من النمو العادي، أو قد يكتسب اضطراباً لغوياً أكثر حدة قياساً بما كان الأمر عليه قبل إصابته. ولا يخفى علينا أن أعضاء هذه الفئة لا يمثلون فيما بينهم فئة متجانسة من الأفراد. ومن جانب آخر فإننا قد نجد أن بعضهم يكون لديه تاريخ يرتبط بمشكلات التعلم، أو حتى صعوبات التعلم، أو تأخر في اللغة والتخاطب وذلك قبل أن تحدث له تلك الإصابة.

وربما تعتبر اضطرابات اللغة والتخاطب هي أكثر العوامل تعقيداً التي تتعلق بعودة معظم

الأطفال إلى المدرسة بعد حدوث الإصابة لهم، أو التي تكون ذات صلة مباشرة بمثل هذا الموضوع . وأحياناً يشار إلى فقد الطفل لقدرته على فهم اللغة وصياغتها بسبب إصابة المخ على أنها الحبسة الكلامية المكتسبة acquired aphasia ومن المعروف أن الطفل الذي يعاني من مثل هذه الحالة قد يجد مشكلة في التعرف على كلمات معينة أو النطق بها، أو أنه من جانب آخر قد يجد مشكلة في بناء جملة معينة تتناسب مع موضوع المحادثة، أو مع السياق الاجتماعي. وتعتبر مثل هذه المشكلات هي مصدر الإحباط والغضب والشوشرة أو البلبلة التي يتعرض لها بعض التلاميذ الذين يعانون من هذه الإصابة.

وغني عن البيان أن مشكلات اللغة التي يكتسبها مثل هؤلاء الأطفال ترتبط في الأساس بحاجتهم الاجتماعية والمعرفية للتواصل، فقد يجد الطفل بعض الصعوبات في تلك المهام التي تتطلب الاستجابة السريعة، أو التنظيم، أو التعامل مع الأمور المجردة، أو الاحتفاظ بالانتباه وخاصة في ظل تشتت الانتباه، أو تعلم المهارات الجديدة، أو القيام بالاستجابة المناسبة في المواقف الاجتماعية المختلفة، أو إبداء العاطفة التي تتناسب مع الموقف حيث أن هذه الإصابة تؤثر سلباً في واقع الأمر على جميع جوانب الأخذ والعطاء في التفاعل الاجتماعي التي تعد ضرورية لحدوث التواصل الفعال.

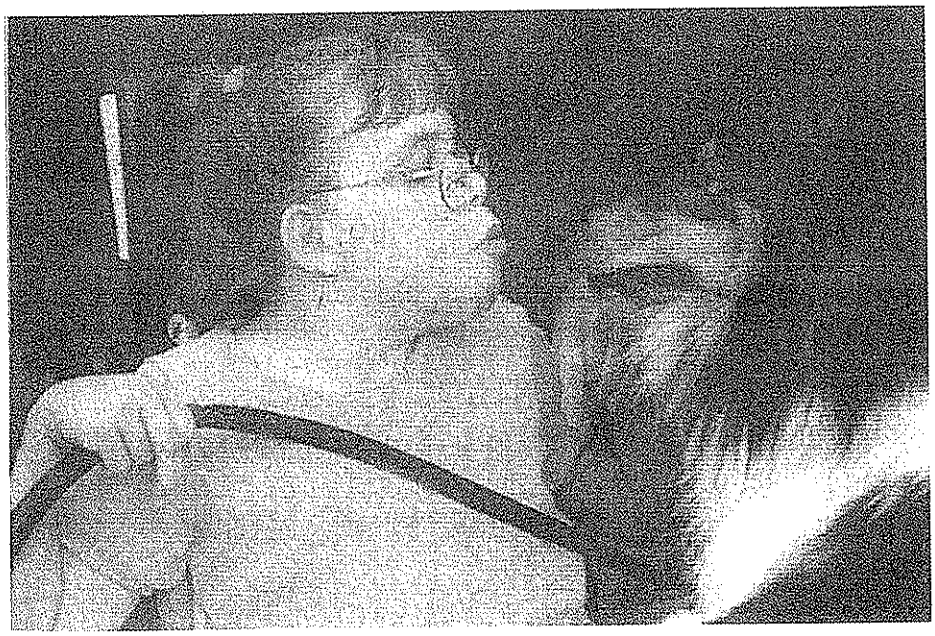
وتعد الآثار التي تخلفها تلك الإصابة على اللغة متنوعة بشكل مفرط وهو الأمر الذي يجعل تقييم جوانب القوة والقصور لدى الفرد أمراً غاية في الأهمية. وقد تتراوح برامج التدخل على أثر ذلك بين القيام ببعض المواءمات الخاصة كالسماح بوقت أطول للاستجابة وخفض التشتت إلى حده الأدنى وبين التركيز على تعليم الاستخدامات الاجتماعية للغة. وفضلاً عن ذلك فإن الفرد الذي يعاني من هذه الإصابة قد يعاني من مشكلات في التحكم الحركي تعوق عملية التواصل بوجه عام بما في ذلك الجوانب المعرفية والاجتماعية للتواصل أو بدونها وذلك اعتماداً على مكان التلف بالمخ ودرجته. كما أن بعض هؤلاء الأطفال نتيجة لذلك قد لا يستطيعون التواصل بطريقة لفظية باستخدام العضلات اللازمة للكلام، ومن ثم ينبغي عليهم أن يلجأوا إلى استخدام تلك الأنساق البديلة والمتزايدة augmentativeللتواصل وهو الأمر الذي سوف نتناوله لاحقاً.

المشكلات الاجتماعية والانفعالية

هناك العديد من الآثار الاجتماعية والانفعالية الخطيرة التي يمكن أن تصاحب إصابة المخ. ويشير ديل أورتو وباور (2000) Dell Orto &Powerوتايلر وميرا (1999) Tyler & Mira ولايت وآخرون (1998) .Light et.al أن تلك الإصابة يمكن أن تسببالعدوان الشديد، وفرط

النشاط، والاندفاعية، وقصور الانتباه، ومدى كبير من المشكلات السلوكية أو الانفعالية الأخرى اعتماداً على تلك الأجزاء من المخ التي يكون قد أصابها التلف. وإلى جانب ذلك فإن تلك الآثار التي تترتب على هذه الإصابة تضم قائمة طويلة من المشكلات النفس اجتماعية الأخرى والتي ذكرنا بعضها من قبل على أنها من الخصائص العديدة المميزة لمثل هذه الإصابة.

هذا وتتحدد الآثار السلوكية والانفعالية التي تترتب على تلك الإصابة بأكثر من مجرد التلف الجسمي الذي يتعرض الفرد له. كما تعتمد تلك الآثار أيضاً على عمر الطفل عند حدوث الإصابة، والبيئة الاجتماعية قبل حدوث الإصابة وبعدها. ومن جانب آخر فإن الأسرة أو المجتمع المحلي أو المدرسة التي تعزز السلوك الخاطئ من جانب الطفل أو المراهق ترتبط بالتالي بالمخاطر المترتبة على اكتساب تلك الإصابة حيث أنها من الأكثر احتمالاً أن تجعل المشكلات السلوكية أو الانفعالية للطفل تسوء. وبالتالي فإن إيجاد البيئة التي تساند حدوث السلوك الملائم من جانب الطفل وتعززه تمثل تحدياً كبيراً أمام التعامل بفعالية مع تلك الإصابة.



يعد الجانب الانفعالي المتضمن في إصابة المخ أمراً غاية في الصعوبة والتعقيد

ومن الجدير بالذكر أن العديد من استراتيجيات تعديل السلوك أو إدارة السلوك التي يتم استخدامها مع الأطفال الآخرين الذين يعانون من صعوبات انفعالية أو سلوكية تعتبر مناسبة

للاستخدام مع أولئك التلاميذ الذين يعانون من هذه الإصابة. ويعد الثبات، وإمكانية التنبؤ بالنتائج، والتعزيز بما فيه المديح أو الثناء والتشجيع والمكافآت الأخرى ذات أهمية بالغة في هذا الصدد. ومع ذلك يشير كوفمان وآخرون Kauffman et.al.(2002) وتايلر وميرا Tyler& Mira (1999) إلى أن إقامة علاقة شخصية جيدة مع التلميذ الذي يعاني من تلك الإصابة قد يمثل تحدياً خاصاً للمعلمين نظراً لعدم إمكانية التنبؤ بسلوك الطفل، وقابليته للإثارة، وغضبه من أولئك الذين يقتربون منه لمساعدته.

ويذهب فريزر وكليمونز Fraser & Clemmons (2000) من ناحية أخرى إلى أن مثل هذه الإصابة غالباً ما تؤدي إلى التأثير السلبي على إدراك الفرد لذاته. كما أن استعادة هوية الفرد قد تتطلب فترة طويلة من التأهيل، وقد تكون عملية مضنية تتطلب جهوداً متعددة ومنظمة. كذلك فإننا غالباً ما نجد أن التربية الفعالة والعلاج لا يتطلبان إدارة السلوك داخل الفصل فحسب، ولكنهما إلى جانب ذلك يتطلبان أيضاً كلاً من العلاج الأسري، والعلاج الطبي، والتدريب المعرفي، والتدريب على التواصل.

الإعاقة السمعية البصرية: Deaf-Nlindness

لاحظنا في فصول سابقة أنه وفقاً لمستوى شدة الإعاقة يمكن أن يكون للإعاقة السمعية أو البصرية تأثير كبير في قدرة الفرد على الأداء الوظيفي الاستقلالي. ومع ذلك فإنه بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يجمعون بين الإعاقتين السمعية والبصرية في ذات الوقت يصبح الأثر المترتب على تلك الإعاقة المزدوجة أكثر عمقاً وشدة من أثر كل إعاقة من الإعاقتين على حدة. ونظراً لأن القنوات الأساسية التي يتم من خلالها تلقي المعلومات وهي السمع والبصر تعد محدودة فإن من يعانون من الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة يعدون في خطر يعرضهم لمشاكل كبيرة في التواصل وفي التحرك في أرجاء تلك البيئة التي يتواجدون فيها.

وعلى الرغم من أن الحرمان من السمع والبصر يحرم الفرد من سماع ما يدور في الحياة اليومية من ناحية، ومن رؤية ما يحدث خلالها من ناحية أخرى فإن هذه الإعاقة المزدوجة تعتبر كما يرى سكيتز Scheetz (2001) واحدة من أهم وأخطر الإعاقات المزدوجة بل ومن أكثرها تحدياً على الإطلاق أي أنها بذلك تفرض القدر الأكبر من التحديات على الفرد المعوق وعلى من يتعامل معه أيضاً. وهذا لا يعني أن ذلك الفرد الذي يعاني من تلك الإعاقة قد قدر عليه أن يحيا حياة وضيعة حيث نجد بصورة عامة أن تلك النتائج التي تترتب على مثل هذه الإعاقة بالنسبة للأفراد المعوقين إنما تعتمد في واقع الأمر على ثلاثة أمور أساسية على الأقل تتمثل فيما يلي:

1- أن كيف التعليم الذي يتلقاه الفرد ومدى تكثيفه يعد كما يشير هودجيز Hodges (2000) أمراً حاسماً، ويجب على المعلمين الذين يقومون بالتدريس

لهؤلاء الأفراد أن يستغلوا أي فرصة تتاح لهم للتعلم وذلك إلى الحد الأقصى. كذلك فإن جميع التفاعلات التي تتم مع الراشدين وجميع جوانب البيئة ومجالاتها يجب أن تسخر في سبيل مساعدة الطفل للتغلب على تلك القيود التي تفرضها الإعاقات الحسية.

2- أن درجة ونمط الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية يمكن أن يتباينا بشكل كبير لدى الأفراد الذين يعانون من الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة حيث أن مصطلح الإعاقة السمعية البصرية يغطي تلك الإعاقات البصرية التي تتراوح بين ضعف البصر الذي تتراوح حدة الإبصار خلاله بين 70/20 و 200/20 في أفضل العينين بعد استخدام التصحيحات الطبية الملائمة وبين أولئك الذين يعدون فاقدي البصر تماماً. كذلك فإن مثل هذا المصطلح يغطي المعوقين سمعياً الذين تتراوح إعاقتهم بين الإعاقة البسيطة وحتى الإعاقة الحادة. ورغم وجود بعض الاستثناءات بوجه عام فكلما كانت الإعاقة شديدة كان أثرها بالنسبة لقدرته على التكيف شديداً وأكثر سلبية .

3- يشير هيمبري (2000) Hembree إلى أن الغالبية العظمى من التلاميذ الذين يعانون من الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة غالباً ما يعانون إلى جانبها من إعاقات أو حالات طبية أخرى. فمثلاً نجد أن حوالي 11% تقريباً من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الميلاد وحتى الثانية والعشرين من العمر والذين يعانون في الأساس من تلك الإعاقة المزدوجة يعانون كذلك من التخلف العقلي، أي أنهم بذلك يعانون من إعاقة أخرى هي التخلف العقلي إلى جانب إعاقتهم السمعية البصرية المزدوجة. وبشكل عام فكلما كانت تلك الإعاقات الأخرى أكثر عدداً وأكثر شدة كان لها أثر شديد في قدرة الفرد على التكيف.

التعريف: Definition

كما لاحظنا في الفصلين التاسع والعاشر هناك جدل كبير يدور حول تعريف كل من الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية. وكما نتوقع فإن هذا يعني بطبيعة الحال أن تعريف الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة وف يشهد قدراً أكبر من الجدل قياساً بتعريف كل إعاقة من هاتين الإعاقتين على حدة. ووفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA فإن مثل هذه الإعاقة المزدوجة تعني وجود تزامن بين الإعاقتين السمعية والبصرية لدى نفس الفرد في ذات الوقت، وأن هذا التلازم والتزامن بينهما يفرض بطبيعة الحال حاجة شديدة للتواصل إلى جانب حاجات تربوية ونمائية أخرى لا يمكن إشباعها من خلال برامج التربية الخاصة فقط التي يتم تقديمها سواء لأولئك الأطفال المعوقين سمعياً أو لأقرانهم المعوقين بصرياً.

ومع ذلك يرى الكثيرون أن مثل هذا التعريف يعد غامضاً وهو الأمر الذي رأته معظم الولايات أيضاً مما حدا بالكثيرين منهم إلى تطوير تعريفات خاصة بهم أو إضافة محكات أخرى إلى هذا التعريف الفيدرالي، فنجد أن ولاية ألاسكا Alaskaعلى سبيل المثال قد أضافت إلى ذلك عدداً من المحكات كما يتضح من تقارير المركز القومي للمعلومات عن الأطفال الصم المكفوفين National Information Clearinghouse on Children (2001) Who Are Deaf- Blindوتعتبر المحكات التالية من أهمها :

أولاً: الإبصار:

تم وضع عدد من المحكات لذلك على النحو التالي :

1- أن تصل حدة الإبصار 70/20 أو أقل في أفضل العينين بعد استخدام التصحيحات الطبية اللازمة.

2- أن يكون مجال الرؤية محدوداً بحيث لا يتعدى عشرين درجة أو أقل.

3- عدم وجود الرؤية الوظيفية أو عدم القدرة على قياسها وذلك لأغراض التعلم.

4- الحاجة إلى الحصول على تلك الخدمات التي تقدمها التربية الخاصة في هذا الصدد وهو الأمر الذي يتطلب استخدام مواد تعليمية غير مقننة أو وسائل مساعدة يتم تصميمها بغرض تسهيل حدوث التعلم من جانب الطفل.

5- الإعاقة المؤقتة، أو فقد الإبصار بسبب المرض، أو الحوادث، أو الخضوع للعلاج المؤقت.

6- تعرض الفرد كما يتضح من التشخيص لمتلازمة أعراض مرضية أو اضطراب يرتبط بفقد الإبصار التدريجي.

ثانياً : السمع:

من أهم المحكات التي تم تحديدها لتشخيص الإعاقة السمعية ما يلي :

1- عدم القدرة على سماع تلك الأصوات التي تبلغ شدتها ثلاثين ديسيبل أو أكثر دون أن يتم استخدام أي وسيلة مساعدة وذلك في أفضل الأذنين.

2- التعرض المستمر والمتكرر لالتهاب الأذن الوسطى أو وجود تاريخ مرضي لتكرار هذا الالتهاب مما يجعله يؤثر على القدرة اللغوية للفرد، وقدرته على التعلم.

3- عدم وجود السمع الوظيفي أو عدم القدرة على قياس السمع وذلك لتحقيق أغراض التعلم.

4- تعرض الفرد كما يتضح من التشخيص لمتلازمة أعراض مرضية أو اضطراب يرتبط بفقد السمع التدريجي.

معدل الانتشار Prevalence

من الجدير بالذكر أن اختلاف تعريف هذه الإعاقة والمحكات اللازمة لتشخيصها من ولاية إلى أخرى إلى جانب أن العديد من الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة المزدوجة يعانون في ذات الوقت من بعض الإعاقات الأخرى قد جعل التوصل إلى صورة دقيقة تتعلق بمعدلات انتشار تلك الإعاقة المزدوجة أمراً غاية في الصعوبة. ومن جانب آخر فإن الاتحاد القومي لتقديم المساعدة الفنية للأطفال والمراهقين الصم المكفوفين The National Technical Assistance Consortium for Children and Young Adults Who Are Deaf- Blind NTAC بجامعة أوريجون الغربية Western Oregon University يحتفظ في الواقع بتلك الأرقام التي يمكن أن تقترب من الحقيقة والتي تتسم بدقتها إلى حد كبير حيث يتم القيام بعمل تعداد سنوي لأولئك الطلاب بشكل منتظم . وتدل أحدث هذه التعدادات كما يشير هيمبري Hembree (2000) على أن هناك ما يقارب عشرة آلاف فرداً تتراوح أعمارهم بين الميلاد والثانية والعشرين من العمر يعانون من هذه الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة. أما أعداد الراشدين الذين يعانون من تلك الإعاقة المزدوجة فتقدر كما يشير بالدوين Baldwin (1994) بنحو يتراوح بين خمسة وثلاثين ألفاً إلى أربعين ألف فرد.

أسباب الإعاقة Causes

يمكن تصنيف أهم الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي في الواقع إلى تلك الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة في ثلاث فئات أساسية على الرغم من اختلاف تأثير كل فئة من هذه الفئات وهو ما يعني أن الآثار التي يمكن أن تترتب على أي منها تختلف بطبيعة الحال عما يمكن أن يترتب على غيرها من هذه الفئات. وتتمثل تلك الفئات فيما يلي :

1- المتلازمات المرضية الجينية أو الكروموزومية.

2- حالات ما قبل الولادة.

3- حالات ما بعد الولادة.

ويمكن تناول مثل هذه الفئات الثلاث على النحو التالي:

1- المتلازمات المرضية الجينية أو الكروموزومية Genetic/ chromosomal syndromes

لاحظنا في الفصل الرابع أن الباحثين قد قطعوا شوطاً كبيراً في اكتشاف تلك المتلازمات

المرضية الجينية التي تؤدي إلى التخلف العقلي. ومن المعروف أن بعض هذه المتلازمات يعد وراثياً في حين يعتبر بعضها الآخر غير ذلك حيث يرجع إلى شذوذ جيني أو شذوذ في الكروموزومات. ولا يختلف الأمر عن ذلك بالنسبة للإعاقة السمعية البصرية المزدوجة حيث يوجد في الوقت الراهن ما يربو على خمسين متلازمة جينية ترتبط بها وتؤدي إليها. ومن أهم هذه المتلازمات التي تؤدي إلى تلك الإعاقة المزدوجة وأكثرها شيوعاً ما يلي :

- متلازمة تشارج. CHARGE syndrome
- متلازمة أوشر . Usher syndrome
- متلازمة داون . Down syndrome

وسوف نتناول هذه المتلازمات كما يلي :

أ- متلازمة تشارج :**Charge syndrome** تتميز هذه المتلازمة بعدد من أوجه الشذوذ الجسمية التي توجد لدى الطفل عند ميلاده. أما سبب تلك المتلازمة فلا يزال غير محدد حتى الآن حيث يشهد هذا الموضوع نقاشاً وجدلاً موسعاً، إلا أن هناك أدلة قوية كما يرى أيتكين Aitken (2000) وأولي Oley (2001) على أن هذه المتلازمة تنتج في الأساس عن شذوذ جيني. أما سبب عدم التأكد هذا فيحتمل أن يرجع إلى حقيقة أن هذه الحالة لم يتم التعرض لها أو تحديدها في التراث الطبي حتى عام 1979. ومن جانب آخر فإن تلك الحروف التي تضمها كلمة تشارج CHARGE وتتألف منها تشير في الواقع إلى بعض الخصائص الأكثر شيوعاً لهذه الحالة وهي:

(C) يشير إلى الكولوبوما Coloboma أو الأعصاب القحفية cranial nerves.

(H) يشير إلى جوانب معينة من القصور في القلب.

(A) يشير إلى انسداد في الكواني atresia of the choanae أي في تلك الممرات الهوائية التي تصل بين الأنف والحلق .

(R) يشير إلى التخلف في النضج عامة وفي النمو العقلي على وجه الخصوص مما يصل بهم إلى التخلف العقلي .

(G) يشير إلى وجود شذوذ يتعلق بالأعضاء التناسلية genital.

(E) يشير إلى وجود شذوذ في تكوين الأذن، أو فقد السمع، أو كليهما.

ومن جانب آخر تشير الكولوبوما Coloboma كما تقرر مؤسسة متلازمة تشارج(2001)

CHARGE Syndrome Foundation إلى تلك الحالة التي يولد الطفل عليها حيث يوجد لديه شذوذ في شكل البؤبؤ أو إنسان العين مع وجود شذوذ آخر في الشبكية أو العصب البصري. ويمكن لهذه الحالة أن تؤدي إلى العديد من المشكلات التي تتعلق بالإبصار كالقصور في حدة الإبصار، والحساسية المفرطة للضوء. أما الأعصاب القحفية cranial nerves أي التي تتعلق بالجمجمة فتقوم بتوصيل المعلومات بين المخ والعديد من العضلات والغدد بالجسم. وغالباً ما يعاني الأفراد ذوو متلازمة تشارج CHARGE من الشلل أو ضعف عضلات الوجه إلى جانب وجود مشكلات في البلع نظراً لوجود شذوذ في بعض الأعصاب القحفية.

كذلك فإن الغالبية العظمى من الأطفال ذوي هذه المتلازمة يولدون وهم يعانون من بعض القصور في القلب، وتكون بعض هذه المشكلات بسيطة نسبياً في حين يصل الأمر ببعضها الآخر إلى أن يسبب تهديداً لحياتهم وهو الأمر الذي يجعلهم في حاجة إلى إجراء جراحة عاجلة لهم. وفضلاً عن ذلك فإن هناك انسداد في بعض الفتحات الطبيعية بالجسم atresia أو عدم وجودها عند ميلاد الطفل كانسداد الكوانيchoanae على سبيل المثال أي تلك الممرات الهوائية التي تصل بين الأنف والبلعوم وهي الممرات الهوائية التي إذا ما انسدت أو ضاقت فإنها تعوق قدرة الفرد على التنفس وهو الأمر الذي يتطلب إجراء جراحة عاجلة.

ومن جانب آخر فإن معظم الأطفال من ذوي تلك المتلازمة يكون حجمهم طبيعياً عند الميلاد ولكنهم قد يخبرون مشكلات نمائية ترجع إلى التغذية، ومشكلات القلب، والشذوذ في هرمونات النمو. وإلى جانب ذلك فإن بعضهم قد يعاني من التخلف العقلي، وقد يعاني بعضهم الآخر من شذوذ في أعضائه التناسلية حيث قد تكون ناقصة النمو أو غير كاملة وهو الأمر الذي يزيد انتشاره بين البنين قياساً بالبنات كما يرى براون Brown(1996). كذلك فإن هذه المتلازمة قد تؤدي إلى حدوث شذوذ تركيبي في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية مما يترتب عليه فقد للسمع قد يكون توصيلياً، أو حس عصبياً، أو مختلطاً يجمع بين النمطين معاً.

ب- متلازمة أوشر:**Usher syndrome**: تعتبر متلازمة أوشر بمثابة حالة وراثية تتسم بفقد السمع والتهاب الشبكية الوراثي. وكما أوضحنا في الفصل العاشر فإن التهاب الشبكية الوراثي يمكن أن يؤدي إلى حدوث مشكلات في الإبصار تبدأ منذ مرحلة المهد أو الطفولة المبكرة أو المراهقة، وتزداد الحالة سوءاً بشكل مستمر. كما أن مثل هذه الحالة يمكن أن تؤدي أيضاً إلى حدوث مشكلات تتعلق بالإبصار وذلك في الضوء الخافت يشار إليها على أنها

العمى الليلي night blindness ومع تطور مثل هذه الحالة فإنها تؤدي إلى ضيق أو انحسار مجال الرؤية وهو ما يشار إليه على أنه رؤية النفق Tunnel Vision.

هذا وتوجد في واقع الأمر ثلاثة أنماط أساسية من متلازمة أوشر تتباين وفقاً لنمط هذه المتلازمة الذي يعاني الفرد منه، ووقت حدوث الأعراض الأساسية المميزة لهذا النمط أو ذاك من تلك المتلازمة كفقد السمع، وفقد الإبصار، وحدوث مشكلات في التوازن. فعلى سبيل المثال نجد أن الطفل اعتماداً على نمط متلازمة أوشر يمكن أن يولد وهو يعاني في حقيقة الأمر من صمم حاد، أو ضعف السمع، أو يولد بسمع عادي ولكنه لا يلبث أن يتدهور مع مرور الوقت. كما أن بعض هؤلاء الأطفال قد يخبر العمى الليلي بداية من مرحلة المهد بينما قد يبدأ هذا الاضطراب لدى بعضهم الآخر في مرحلة المراهقة. ومن جانب آخر فإن بعضهم يعاني من مشكلات شديدة في التوازن بسبب وجود مشكلات في الأذن الوسطى تبدأ منذ مرحلة المهد، بينما قد لا يعاني البعض الآخر منهم في الغالب من أي مشكلات تتعلق في أساسها بالتوازن في حين قد يولد بعضهم الآخر وهو يخبر التوازن الطبيعي ولكن هذا التوازن لا يلبث أن يتدهور بمرور الوقت.

ومن جانب آخر فقد توصل الباحثون إلى العديد من الجينات التي يمكن أن تسبب تلك الأنماط الثلاثة من متلازمة أوشر. ففي شهر فبراير عام 2001 حدد الباحثون ستة جينات تؤدي إلى حدوث ستة أنماط فرعية من النمط الأول الذي يسمى أوشر (1) Usher I، وتوصلوا كذلك إلى ثلاثة جينات تؤدي إلى حدوث ثلاثة أنماط فرعية من النمط الثاني الذي يسمى أوشر (2) ، Usher II إلى جانب جين واحد يسبب النمط الثالث منها المعروف بأوشر (3) Usher III. وهو الأمر الذي يعني وجود ستة أنماط فرعية من النوع الأول، وثلاثة أنماط فرعية من النوع الثاني فضلاً عن النمط الثالث من هذه المتلازمة كنمط رئيسي. (Boys Town National Research Hospital Genetics Department, 2001) ورغم أن هذه المتلازمة تعد إحدى الحالات الوراثية الأكثر شيوعاً المسببة للإعاقة السمعية البصرية المزدوجة فإن معدل انتشارها يعتبر منخفضاً للغاية كما يشير هيمبري Hembree(2000) حيث يوجد حوالي ثلاثمائة شخص فقط ممن تتراوح أعمارهم بين الميلاد وحتى الثانية والعشرين من العمر تم تحديدهم على أنهم يعانون من أحد هذه الأنماط الثلاثة لتلك المتلازمة. ومن ناحية أخرى فإن هذه المتلازمة التي تعرف بأنها اضطراب جيني متنحrecessiv تعد كما يشير ميلانكون (2000) Melancon ودايكينز وآخرون (2000) Dykens et.al. ذات نمط ديموجرافي مميز حيث أنها تزداد في تلك الثقافات التي ينتشر فيها زواج الأقارب إذ أنها تعد في أساسها بمثابة حالة وراثية.

جـ- متلازمة داون :Down`s syndrome: تعتبر هذه المتلازمة كما أوضحنا في الفصل الرابع أحد أنماط الإعاقة العقلية، ولكنها مع ذلك قد ترتبط بالإعاقة السمعية البصرية المزدوجة. وعلى العكس من متلازمة أوشر تعد متلازم داون حالة جينية تنتج عن الشذوذ الجيني ولكنها ليست وراثية.

حالات ما قبل الولادة

وكما هو الحال بالنسبة لمتلازمة داون هناك نمطان يعدان هما الأكثر شيوعاً في الحالات قبل الولادية من شأنهما أن يؤديا إلى حدوث التخلف العقلي من ناحية، وأن يؤديا إلى حدوث تلك الحالة من الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة من ناحية أخرى هما الحصبة الألمانية rubella والفيروس الوراثي المضخم للخلاياcongenital cytomegalovirus CMV فعندما تصاب الأم الحامل بالحصبة الألمانية خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل فإنها يمكن أن تؤدي إلى حدوث مجموعة من الإعاقات من بينها الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة. كذلك فإن الأطفال الذين يولدون ولديهم الفيروس المضخم للخلايا أو فيروس الهربزherpes يعدون أيضاً في خطر يمكن أن يعرضهم لمجموعة من الإعاقات المختلفة من بينها هذه الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة والخطيرة .

حالات ما بعد الولادة

هناك العديد من الحالات التي تحدث بعد ولادة الطفل والتي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث هذه الإعاقة المزدوجة، ويأتي في مقدمتها التهاب السحايا meningitis وإصابة المخ الناتجة عن الصدمات TBI . وكما لاحظنا في الفصل الرابع فإن التهاب السحايا الذي يعد بمثابة عدوى تصيب أغشية السحايا أو المخ يمكن أن يؤدي أيضاً إلى حدوث التخلف العقلي. أما إصابة المخ الناتجة عن الصدمات فإنها كما لاحظنا من قبل خلال الفصل الحالي يمكن أن تؤدي إلى مجموعة من الإعاقات المختلفة إلى جانب هذه الإعاقة المزدوجة.

الخصائص السلوكية والسيكولوجية

Psychological and Behavioral Characteristing

من الجدير بالذكر أن الأفراد الصم المكفوفين يعانون كما يشير أيتكين Aitken(2000) من مشكلات في ثلاثة مجالات أساسية على الأقل هي:

1- الحصول على المعلومات.

2- التواصل.

3- التحرك في البيئة.

ويمكن أن نتناول ذلك على النحو التالي:

مشكلات في الحصول على المعلومات:

مما لا شك فيه أن الأفراد المبصرين والسامعين يكون بمقدورهم الحصول على مجموعة متباينة من المعلومات عن العالم سواء من خلال وسائل الإعلام كالصحف والتليفزيون والإنترنت، أو من الأفراد الآخرين. أما بالنسبة للأشخاص الصم المكفوفين فإن الحصول على تلك المعلومات يعد أمراً غاية في الصعوبة. ونظراً لأن التواصل يعتمد بدرجة كبيرة على مدى إتاحة المعلومات فإن الحصول المقيد على المعلومات يمكن أن يكون له أثر سلبي على قدرة الفرد على التواصل حيث يترتب على عدم قدرة الفرد على الحصول على المعلومات أن تقل خبراته الحياتية. كما أن نقص الخبرات الحياتية العادية من جانب آخر كأن نجد أن الفرد لا يعرف مثلاً كيف يمكنه أن يعد ساندوتشاً معيناً، أو أن يعرف أن الماء ينساب من الصنبور يجعل من الصعب عليه أن يؤلف مخزوناً للمعلومات عن العالم كي يساعده على التواصل حيث أنه بدون مثل هذا المخزون لن يجد شيئاً يقيم حوله التواصل مع الآخرين.

مشكلات في التواصل :

يتفق معظم المختصين على أن أكبر عقبة تواجه الأفراد الصم المكفوفين إنما تتمثل في التواصل. وبالتالي فإننا نجد أنه بدون أن يكون هناك التزام قوي من قبل المعلمين وغيرهم من المختصين والآباء على توفير مجموعة من الفرص للتواصل أمامهم فإن مثل هؤلاء الأطفال قد يصبحون منعزلين عن الآخرين. ويمكن أن يحدث نمط هذه العزلة منذ الميلاد حيث لا يكون بمقدور الطفل كما يرى بيز Pease (2000) أن يتواصل بالعين أو أن يستجيب للصوت الهادئ. وقد لا يتمكن من رؤية وجه أمه، أو لا يتمكن من سماع صوتها، أو يكون غير قادر على تمييز صوتها عن تلك الضوضاء التي يسمعها. ومن ناحية أخرى فإن الطفل الأصم الكفيف قد يعرف بعض المعلومات الضئيلة عن العالم من حوله، أو قد ينظر إلى بيئته على أنها مكان موحش ومخيف يعج بأشكال وأصوات مشوشة. كذلك فإن هذا الطفل قد لا يتمكن من جذب انتباه أمه، ولن يتمكن من لعب تلك الألعاب التي تعتمد على الإبصار أو الصوت أو الحركة التي قد يتمتع بها الأطفال الآخرون. وإذا لم يتمكن الطفل نتيجة لإعاقته من استخدام الإشارات البصرية أو السمعية ليتنبه إلى أن هناك شخصاً ما سوف يقوم بحمله، أو أن هناك نشاطاً معيناً على وشك أن يبدأ فإن الاتصال بالآخرين قد يصبح أمراً مهدداً بالنسبة له.

وبمجرد أن يبدأ نمط العزلة بالنسبة للطفل يصبح من الصعب بالنسبة له أن يعكسه،

وبالتالي يصبح من المهم بالنسبة لكل من المختصين والآباء أن يعملوا معاً في سبيل توفير بيئة مساندة وغنية بفرص التواصل وذلك بقدر المستطاع. ولن نجد هناك مثالاً على توفير بيئة غنية باللغة أفضل من حالة هيلين كيلر (1880– 1968) Helen Keller ومعلمتها آن سوليفان (1866– 1936) Annie Sullivan ومن خلال الفيلم الكلاسيكي الذي يحمل عنوان العامل المعجزة The Miracle Worker أصبحت تلك الإنجازات التي تمكنت هيلين كيلر من تحقيقها معروفة جيداً للكثيرين منا. ونظراً لأن هيلين كانت قد فقدت بصرها وسمعها في سن تسعة عشر شهراً من العمر فإنها قد استمرت في تحقيق إنجازاتها غير العادية والتي تتضمن التخرج من كلية رادكليف Radcliffeعام 1904 ، وكتابة المقالات وتأليف الكتب والتي تتضمن كتاباً بعنوان "قصة حياتي" The Story of My Lifeوالتي كتبتها عندما كانت تدرس في الكلية وهي القصة التي تتوفر حالياً بأكثر من خمسين لغة، والتجول في كافة الأنحاء كي تحاضر عن كف البصر، والتحدث الرسمي عن حق النساء في الاقتراع، والحصول على وسام الجمهورية في الحرية، وعلى أعلى جائزة مدنية للدولة.

وتعتبر هيلين كيلرHelen Keller دليلاً هاماً على قوة الروح الإنسانية في التغلب على تلك الغرائب الشاملة التي يمكن أن تتعرض لها وأن تصادفها في حياتها. كذلك فإنها تعد في ذات الوقت دليلاً هاماً على قوة وأهمية التعليم المكثف والموسع الذي يمكن توفيره وتقديمه لمثل هذه الحالات من خلال التربية الخاصة حيث لم يكن لها أن تقهر تلك الظروف التي وجدت فيها دون أن تتلقى ذلك التعليم المطول من معلمتها التي استمرت في تعليمها لمدة خمسين عاماً تقريباً، كما كانت رفيقتها الدائمة خلال تلك الفترة. وجدير بالذكر أن آن سوليفانSullivan A. نفسها قد ولدت عمياء ولكنها استردت بض نظرها من خلال عدة عمليات تم إجراؤها لها. وذهبت إلى منزل كيلر عام 1884 لمقابلة هيلين التي لم تكن آنذاك قد بلغت السابعة من العمر بعد، والتي كان لديها بعض مبادئ عن التواصل ولكنها مع ذلك كانتَ تتعرض لنوبات عنيفة من الصراخ. وعن طريق المثابرة والتعليم المكثف استطاعت سوليفانSullivan أن تعلم هيلين Helen اللغة فضلاً عن بعض المفاهيم الأعلى. ومع ذلك يشير فريبرج (2001)Freeberg إلى أنه لم تكن آن سوليفان وهيلين كيلر هما الفريق الوحيد المشهور بذلك آنذاك والذي يتألف في الواقع من معلم وتلميذ، والذي يؤكد من جانب آخر على أهمية ذلك التعليم المكثف الذي يتم توفيره وتقديمه لأولئك الأطفال الصم المكفوفين حيث كان هناك في الواقع فريق آخر مماثل أو مشابه لهذا الفريق يضم كلاً من صامويل جريدلي هاو (1801– 1876)Samuel Gridley Howe معلماً مع لورا بريدجمان (1829– 1889) Laura Bridgman تلميذة صماء عمياء منذ الثانية من عمرها بسبب الحمى القرمزية وتعد هي أول حالة من هذا القبيل تتعلم اللغة.

مشكلات في التحرك والتجول في أرجاء البيئة:

لورا بريدجمان Laura Bridgman ومعلمها صامويل هاو Samuel Howe

كما لاحظنا في الفصل العاشر فإن الأفراد المكفوفين أو ضعاف البصر يجدون صعوبة كبيرة في التحرك من مكان إلى آخر في البيئة، ومن ثم فإن مشكلات الحركة هذه تصبح من هذا المنطلق أكثر صعوبة بالنسبة للأفراد الصم المكفوفين إذ أن الأفراد المكفوفين يمكنهم أن يلتقطوا بعض الإشارات السمعية التي يكون من شأنها أن تساعدهم على الحركة في المكان فإذا ما تمكن الفرد من سماع صوت سيارة قادمة نحوه مثلاً أو ما شابه ذلك فإن هذا الأمر يساعده كثيراً في عبور الطريق، كما أن سماع الأصوات المختلفة كصوت أتوبيس أو قطار، أو أي ضوضاء أخرى مثلاً من شأنه أن يساعد الفرد الكفيف على تحديد مكانه. أما الأفراد الصم المكفوفون فيعدون محدودين في قدرتهم على الاستفادة من تلك الإشارات السمعية التي يمكن أن تساعدهم على الحركة والتجول في أرجاء البيئة، وأن تفيدهم في ذلك.

بعض الاعتبارات التربوية

مما لا شك فيه أن الاعتبارات التربوية الأساسية للأطفال الرضع وأطفال ما قبل المدرسة إضافة إلى أولئك التلاميذ الأكبر سناً الذين يعانون من الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة تنتمي بشكل عام إلى فئات التواصل والتوجه والحركة. وعند تناول مثل هذه الحاجات هناك على الأقل مبدآن هامان ينبغي أن يضعهما الممارسون والآباء في الاعتبار هما :

- أهمية التعليم المباشر.
- أهمية وجود روتين منظم.

وسوف نوضح ذلك على النحو التالي:

أهمية التعليم المباشر:

يعتبر معظم التلاميذ ذوي الإعاقات كالمتخلفين عقلياً، وذوي صعوبات التعلم، والمكفوفين، والصم أكثر اعتماداً قياساً بأقرانهم العاديين على قيام المعلمين بالتدريس لهم بشكل مباشر أي تدريس كل شيء لهم بشكل مقصود في حين نجد أن أقرانهم العاديين يتعلمون قدراً كبيراً بشكل عرضي وذلك عن طريق رؤية الأشياء التي تحدث حولهم أو سماعها على سبيل المثال. وعلى هذا الأساس فإن الأطفال ذوي الإعاقات غالباً ما يكونوا في حاجة ماسة إلى وجود مادة معينة يتم تدريسها لهم أو تعليمها لهم بشكل مباشر. وكما ذكرنا فيما يتعلق بكل من هيلين كيلر Helen Keller ولورا بريدجمان Laura Bridgmanفإنه نظراً لمحدودية المدخلات الحسية لهما ولمن يكون على شاكلتهما فإنه تصبح حاجتهم للحصول على المعلومات المختلفة بشكل مباشر أقوى وأهم وذلك إذا ما قورنت بحاجة الأفراد ذوي الإعاقات الأخرى.

أهمية وجود روتين منظم :

من المهم بالنسبة للمعلمين والمختصين والآباء لكي يوفروا بيئة ملائمة للتعلم أن يوفروا الأمان للتلاميذ الصم المكفوفين. ويعتبر استخدام الروتين المنظم كما يرى تشين وآخرون Chen et.al. (2000) ومايلز(1998) Miles أحد أهم وأفضل الأساليب التي يمكن بموجبها أن نوفر الأمان لهؤلاء التلاميذ مما يساعدهم على التعلم. ومن أهم الأساليب التي يمكن تحقيق هذا الروتين المنظم من خلالها ما يلي:

- تحديد روتين معين يمكن التنبؤ به وذلك بتحديد خمسة أنشطة يومية على الأقل يتم وضعها في جدول معين بحيث تحدث بنفس الترتيب يومياً.
- تحديد تتابع معين يمكن التنبؤ به عند أداء أنشطة معينة أي وجود روتين فرعي لذلك.
- تحديد واستخدام إشارات سمعية، وبصرية، ولمسية، وشمية، وحركية معينة حتى تساعد الطفل على التنبؤ بالأنشطة المألوفة.

التواصل

تلعب اليدان في الواقع كما يرى مايلز (1999) Miles دوراً هاماً وحيوياً في التواصل بالنسبة لمعظم التلاميذ الصم المكفوفين حيث يصبحان بمثابة الصوت بالنسبة لذلك التلميذ، أو يعدان هما وسيلته الأساسية في التعبير. وهناك العديد من أنماط التواصل التي يمكن أن يستخدمها أولئك الأفراد الذين يعانون من الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة يأتي اللمس بطبيعة الحال في مقدمتها، كما تعتبر طريقة برايلBraille من ناحية أخرى من أكثرها شيوعاً

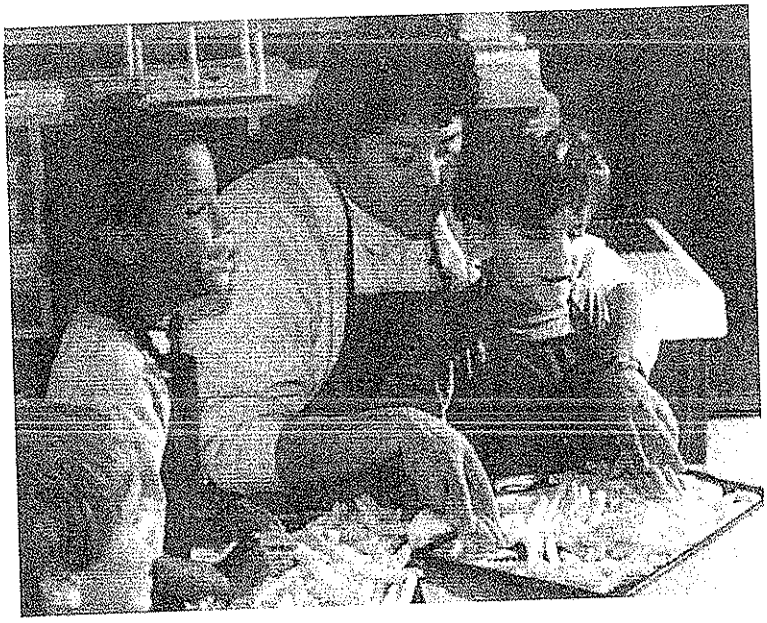
واستخداماً. وفضلاً عن ذلك فإن هناك العديد من استراتيجيات التعلم اللمسية التي يتم اللجوء إليها في هذا الصدد يأتي في مقدمتها ويعد من أهمها ما يلي :

- التوجيه اليدوي الكلي. hand- over- hand guidance
- التوجيه اليدوي بوضع اليد أسفل يد الطفل. hand- under- hand guidance
- الإشارات المتوائمة. adapted signs
- الإشارات اللمسية. touch cues

ويمكن تناول ذلك كما يلي:

التوجيه اليدوي الكلي:

يتضمن التوجيه اليدوي الكلي قيام أحد الأشخاص الراشدين بوضع يديه فوق يدي الطفل حال قيامه باستكشاف جسم أو شيء معين، أو القيام بإشارة معينة. ورغم أهمية وضرورة هذا الأسلوب وخاصة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الإعاقة الجسمية التي تعوق حركة يديهم فإن لها بعض العيوب حيث قد يقاوم بعض الأطفال هذا الأسلوب نظراً لأنهم لا يودون أن يشعروا بفقد سيطرتهم على أيديهم وتحكمهم فيها. وفضلاً عن ذلك فإن بعض الأطفال يمكن أن يصبحوا أكثر سلبية ويظلوا في انتظار يدي شخص آخر كي توضع فوق يديهم بدلاً من أن يحاولوا أن يصلوا هم بأنفسهم إلى الهدف المنشود.



استخدام طريقة التوجيه اليدوي الكلي مع الأطفال الصم المكفوفين

التوجيه اليدوي بوضع اليد أسفل يد الطفل:

غالباً ما يوصى باستخدام أسلوب التوجيه اليدوي بوضع اليد أسفل يد الطفل بديلاً عن الأسلوب السابق. ويقوم هذا الأسلوب على وضع الراشد يديه تحت يدي الطفل عند استكشاف جسم أو شيء معين. وبالتالي يصبح هذا الأسلوب هو المقابل اللمسي للإشارة. ومن أهم ما يميز هذا الأسلوب أنه يعد خارج نطاق سيطرة الطفل، ولذا يعتقد بعض المسئولين أنه عندما يقوم الأطفال والراشدون باستكشاف الأشياء، ويقوموا بالحركة سوياً فإن ذلك من شأنه أن يعمل على إرساء الأساس للغة.

الإشارات المتوائمة:

هي تلك الإشارات التي يستخدمها مجتمع الصم كلغة الإشارة الأمريكية، أو التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية على سبيل المثال وكلاهما يقوم على الإبصار مما يجعل من الصعب بل من المستحيل أن يقوم الأفراد الصم المكفوفون باستخدام أي منهما وذلك اعتماداً على شدة فقد الإبصار من جانبهم. ولهذا السبب فإن هناك مجموعة من النسخ اللمسية للتمثيل الإشاري يمكن استخدامها في هذا الصدد. فعلى سبيل المثال نلاحظ بالنسبة لاستقبال الإشارات أن الشخص الأصم الكفيف يمكنه أن يضع يديه على يدي ذلك الشخص الذي يقوم بالإشارة. ومن ناحية أخرى فإنه يمكن للوالد أو للمعلم كي يقوم بتعليم الطفل التعبير عن الإشارات أن يمسك يديه وأن يرشده إلى إصدار الإشارة المنشودة.

الإشارات اللمسية:

تعتبر مثل هذه الإشارات اللمسية بمثابة إشارات معينة تتم عن طريق اللمس، ويمكن أن تنقل العديد من الرسائل اعتماداً على ذلك الموقف والسياق الذي يوجد الفرد فيه، أي أنها تستخدم من هذا المنطلق لنقل رسائل معينة لذلك الطفل. ومن المهم جداً أن تكون مثل هذه الإشارات ثابتة حتى يتمكن الطفل من إدراكها، كذلك فإن الطفل لن يكون قادراً على فك شفرة تلك الإشارة إذا ما استخدمها العديد من الأفراد بغرض توصيل معاني مختلفة، فمثلاً نجد أن الربت على كتف الطفل يعني أحد الأشياء التالية:

- الإخبار عن التواجد في المكان (أنا هنا).
- تغذية راجعة إيجابية (حسناً فعلت).
- طلب معين (اجلس).
- الحصول على المعلومات (لقد جاء دورك).
- الهدوء أو الراحة والتأكيد (لا تبكي فأنت بخير).

هذا ويجب أن يتم انتقاء الإشارات اللمسية التي سنقوم باستخدامها، وأن نعمل على تثبيتها، وتثبيت استخدامنا لها حتى يتمكن الطفل من فهم ما تدل عليه مثل هذه الإشارة أو تلك.

التوجه والحركة

يعتبر التدريب على التوجه والحركة كما لاحظنا في الفصل العاشر أمراً حاسماً بالنسبة للأطفال المكفوفين أو ضعاف البصر حيث أنه كلما تمكن الشخص المعوق بصرياً من الحركة والتجول في البيئة المحيطة أصبح مستقلاً. أما بالنسبة للأفراد الصم المكفوفين فإن الحاجة إلى التدريب على الحركة تعد أكثر أهمية نظراً لأنهم يعدون في خطر كبير يجعلهم غير قادرين على التحرك في البيئة.

وجدير بالذكر أن التدريب على الحركة والتوجه بالنسبة للأطفال الصم المكفوفين يختلف عن مثيله لأقرانهم المكفوفين فقط في أمرين اثنين على الأقل هما :

1- أن الأمر يتطلب كما يشير جينز وجينز (1999) Gense& Gense إجراء بعض المواءمات أي إدخال بعض التعديلات عليه حتى يمكن التواصل مع الأطفال الصم المكفوفين. وقد يحتاج معلم الحركة والتوجه استخدام مثل هذه المواءمات كوجود مترجم للإشارات، والإشارات المتوائمة، والإشارات اللمسية حتى يتمكن من التواصل مع ذلك التلميذ الذي يعاني من تلك الإعاقة المزدوجة.

2- أحياناً يكون من الضروري أن ننبه عامة الناس إلى أن هذا الشخص الذي يقوم بالتجول أو التنقل أصم وأعمى نظراً لأنه حتى أفضل من يتلقون التدريب من هؤلاء الأشخاص قد يفقدون توجههم مؤقتاً ويحتاجون بالتالي إلى المساعدة، فإذا كان بإمكان الواحد منهم أن يتحدث فإنه عادة ما يسأل الآخرين كي يوجهونه الوجهة الصحيحة وذلك بدرجة نسبية من السهولة. أما إذا لم يكن بإمكانه أن يتحدث فإنه كما يشير فرانكلين وبوركوين Franklin & Bourquin (2000) يمر بخبرة صعبة للغاية في سبيل نقل حاجته إلى الآخرين الذين قد لا يدركون أنه أصم وأعمى في ذات الوقت. وإذا كانت العصا الطويلة تعتبر مؤشراً على كف البصر فإنها لن تدل مطلقاً على فقد السمع. ولهذا السبب يقترح بعض المختصين استخدام ما يعرف ببطاقات المساعدة assistance cards والتي عادة ما تكون صغيرة الحجم نسبياً بحيث لا يتجاوز حجمها 3 × 6 مثلاً، ويمكن أن يحملها الشخص الأصم الأعمى في الطرق غير المألوفة له بحيث تدل الكلمات التي تتضمنها مثل هذه البطاقة على أن هذا

الشخص الذي يحملها يريد المساعدة فقد يكون مكتوباً عليها مثلاً: "من فضلك ساعدني في عبور الطريق حيث أنني أصم وكفيف، فاربت على كتفي إن كان بإمكانك أن تقدم لي المساعدة، وشكراً.. " . وبذلك يمكن لأي شخص أن يدرك أنه يحتاج فعلاً إلى المساعدة وذلك دون أن يسمع منه أي كلمة أو حتى إشارة.

بعض الاعتبارات الخاصة بالتلاميذ ذوي متلازمة أوشر

يحمل التلاميذ من ذوي متلازمة أوشر معهم بعض التحديات التربوية الخاصة نظراً لأن معظمهم يعاني من فقد البصر التدريجي. ويشير ماينر وشيوفي(Miner &Cioffi (1999 أن قدرتهم على الإبصار قد تكون جيدة في البداية، ولكنها تنحدر بعد ذلك إلى الدرجة التي يمكن اعتبارهم عندها مكفوفين من الناحية القانونية أو مكفوفين كلية حيث أن الآثار السلبية لالتهاب الشبكية الوراثي الذي يصاحب تلك المتلازمة يمكن أن تحدث تغيرات سريعة للفرد تخدعه هو وأسرته. وحتى عندما يحدث مثل هذا الانحدار بشكل بطء وذلك على مدى سنوات عديدة فإن والدي ومعلمي هؤلاء الأطفال قد يتجاهلون أهمية إعدادهم لذلك اليوم الذي سوف يفقدون إبصارهم فيه. وقد يخشون أحياناً أن يقوموا بتدريبهم في سن مبكرة على استخدام طريقة برايل أو تدريبهم على التوجه والحركة لأن ذلك يمثل وصمة للطفل، ويؤثر سلباً على مفهومه لذاته. ومع ذلك فإن معظم المختصين يوافقون في الوقت الراهن على ضرورةتدريب الطفل على استخدام طريق برايل، وتدريبه على الحركة والتوجه قبل أن يأتي ذلك اليوم الذي لن يكون بمقدوره فيه أن يتصرف كفرد مبصر.

بعض الاعتبارات التي تتعلق بالأطفال ذوي الإعاقات قليلة الانتشار، والإعاقات المزدوجة، والإعاقات الشديدة

من الجدير بالذكر أن بعض الوسائل والأساليب التي نعرض لها هنا قد يمكن استخدامها مع أي من تلك الإعاقات التي تم تناولها على امتداد هذا الفصل الحالي. ومن الاهتمامات التي تواجهنا عند تناول تلك الإعاقات التواصل، وإدارة السلوك، والتدخل المبكر، والانتقال إلى الرشد، والتشغيل، واشتراك الأسرة مع الطفل فيما يقوم به من أنشطة وما يتم تدريبه عليه إلى جانب ما يعرف بالتطبيع أو العادية والسواء normalization.

التواصل البديل والمتزايد أو الرمزAugmentativeor Atternative Cpmmunication

تعد اللغة الشفوية بالنسبة لبعض الأفراد الذين يعانون من إعاقات شديدة ومزدوجة من الأمور المستحيلة. وقد يتعرض مثل هؤلاء الأفراد للإعاقات الجسمية أو المعرفية نتيجة للتلف

العصبي الذي يتعرضون له وهو الأمر الذي يحول دون تعلمهم التواصل عن طريق الكلام العادي. وبالتالي يجب أن يتم تقديم نظام معين لهم يعرف بالتواصل البديل أو المتزايد أو الرمزي AAC وهو ذلك النظام الذي يتضمن كما يشير بيوكلمان وآخرون Beukelman et.al.(2000) أي وسيلة يدوية أو إلكترونية يمكن لهذا الشخص بموجبها أن يقوم بالتعبير عن حاجاته، ويشارك الآخرين المعلومات، وينغمس في المواقف الاجتماعية، ويراعي الآداب الاجتماعية. ومما لا شك فيه أن أولئك التلاميذ الذين يتم تصميم نظام التواصل البديل والرمزي لهم عادة ما يتراوح معدل ذكائهم بين المستوى المرتفع جداً إلى مستوى التخلف العقلي الحاد ولكنهم جميعاً يشتركون في خاصية واحدة تتمثل في عدم قدرتهم على التواصل الفعال باستخدام الكلام نظراً لإعاقتهم الجسمية. وقد لا يتمكن بعض هؤلاء الأفراد من إصدار أي أصوات كلامية بالمرة في حين قد يحتاج آخرون نسقاً معيناً يتمكنون بمقتضاه من زيادة كلامهم عندما لا يتمكنون من توضيح أنفسهم للآخرين، ولا يفهم الآخرون ما يقصدونه بالتالي نظراً لتلك الضوضاء الموجودة في البيئة، ولا يتمكنون أيضاً من إصدار أصوات معينة أو النطق بكلمات معينة، أو عدم ألفتهم بذلك الشخص الذي يريدون أن يتواصلوا معه.

ويمكن أن تكون الإشارات اليدوية أو الإيماءات مفيدة لبعض الأفراد، ولكن العديد من الأفراد الذين يعانون من أوجه قصور جسمية شديدة يعدون غير قادرين على استخدام أيديهم في سبيل التواصل عن طريق لغة الإشارة المعتادة، ولذلك ينبغي أن يقوموا باستخدام وسيلة أخرى للتواصل عادة ما تتضمن جهازاً خاصاً. وعلى الرغم من ذلك فإن إحدى طالبات جامعة فرجينيا Virginia والتي كانت تدرس بقسم جراحة العظام وتقويم الأعضاء في كلية الطب وتدعى نيكي كيسان Nikki Kissane قد قامت بتطوير لغة إشارة مبسطة يمكن تعلمها واستخدامها بشكل أكثر سهولة قياساً بتلك الإشارات التقليدية التي يستخدمها أولئك الأطفال والمراهقون ذوو القدرة المحدودة على الكلام.

■ ينام

■ يحتفل

■ عين

ومن ناحية أخرى فإن المشكلات التي ينبغي أن نقوم بحلها كي نساعد الأفراد على التواصل بطرق أخرى غير استخدام الإشارات تتضمن كما يشير كاردونا Cardona(2000) اختيار مفردات لغوية معينة وإعطائهم وسيلة معينة تتسم بالفاعلية والكفاءة في التعبير عن تلك العناصر التي تتضمنها مفرداتهم اللغوية. وعلى الرغم من أن الأفكار الأساسية التي تكمن خلف التواصل البديل والرمزي تعد بسيطة جداً فإن اختيار أفضل المفردات اللغوية وابتكار وسيلة تتسم بالكفاءة في الدلالة عنها تمثل بالنسبة لمعظم الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة تحدياً غير عادي. وكما يقول أحد مستخدمي نظام التواصل البديل أو الرمزي فإن تقييم هذا النظام ينبغي أن يتعلق بمن يستخدمه والذي ينغمس في تلك العملية من الخطوة الأولى فيها حيث أن المتحدث الذي يستخدم النظام الرمزي وليس أخصائي التواصل البديل والرمزي هو الذي يستخدم تلك الوسيلة ذات الكفاءة كل يوم من الناحية الشخصية والمهنية.

هذا ويشير لويد وآخرون Lloyd et.al.(1997) إلى أنه قد تم تطوير مجموعة من المداخل التي تتناول التواصل البديل والرمزي يتضمن بعضها حلولاً بسيطة نسبياً أو ما يسمى بالحلول التي تعتمد على الوسائل التكنولوجية البسيطة في حين قد يتطلب بعضها حلولاً معقدة أو تعتمد على تلك الوسائل التي تقوم على استخدام قدر مرتفع من التكنولوجيا. كذلك فإنه قد تم تصميم وابتكار العديد من الأساليب المختلفة التي تقوم على الاختيار المباشر والمسح لتحقيق ذلك التواصل البديل والرمزي وذلك اعتماداً على تلك القدرات التي توجد لدى الفرد حيث قد يتضمن النسق المستخدم الإشارة باليد، أو الرأس، أو حركات العين، أو القيام بإجراء تغيير بسيط بالقدم أو اللسان أو حركة الرأس، أو التحكم في التنفس. ويمكن للفرد أحياناً أن يستخدم آلة كاتبة، أو جهاز كمبيوتر يتم تثبيته بمفتاح أمان حتى لا يكون من المحتمل أن يتم الضغط على أي مفتاح بالصدفة، أو يتم اختيار وسيلة بديلة لاختيار تلك المفاتيح التي يتم الضغط عليها. وغالباً ما يتم في هذا الإطار استخدام ما يعرف بلوحات التواصل communication boards. وتعد لوحة التواصل بمثابة مصفوفة من الصور، أو الكلمات، أو الرموز الأخرى التي يمكن القيام بها باستخدام إما استراتيجية تقوم على الاختيار المباشر أو استراتيجية أخرى تقوم على المسح scanning. وقد يتباين محتوى وترتيب تلك اللوحة اعتماداً على قدرات الفرد، وتفضيلاته، وحاجته للتواصل.

وجدير بالذكر أن هناك عدداً من العوامل ذات الأهمية كما يرى بيوكلمان وميرندا Beukelman & Mirenda (1998) ولويد وآخرون Lloyd et.al. (1997) يجب أن نضعها في اعتبارنا عند تصميم وتقييم تلك الأساليب التي يتم استخدامها في سبيل تحقيق التواصل البديل أو الرمزي هي:

1- السرعة .

2- الثبات.

3- إمكانية الحمل .

4- التكلفة .

5- الفاعلية الكلية في مساعدة الشخص على التواصل بشكل مستقل.

ووفقاً لذلك فإن بعض الأنساق المستخدمة في التواصل البديل وارمزي تعتبر بطيئة جداً، أو غير ثابتة (إما بسبب الجهاز المستخدم، أو التجانس المنخفض مع قدرات المستخدم)، أو مرهقة، أو مفيدة في مواقف مقيدة ومحددة جداً فقط. ورغم أننا نفكر في تكلفة كل من الجهاز والمادة المستخدمة في هذا النسق التواصلي فإن التكلفة الفعلية يجب أن تتضمن التعليم المكثف والموسع أو الشامل. كذلك فإن لوحة التواصل لا يجب بالضرورة أن تكون مفيدة لمجرد توفرها حيث لا بد أن تكون هناك حاجة فعلية لها، كما أن أكثر الحلول التكنولوجية تعقيداً بالنسبة للتواصل لن يكون دائماً هو أكثر الحلول فائدة على المدى البعيد.

أما في الوقت الراهن فيشير يودر (2001) Yoder وأوكين- فرايد وبيرزاني (2000) Oken-Fried &Bersani ونيلسون (1998) Nelson إلى أن الباحثين يقدمون بشكل متزايد حلولاً تكنولوجية جديدة وابتكارية لمشكلة التواصل غير اللفظي، ويدركون في ذات الوقت أهمية اتخاذ القرارات على أساس فردي بدرجة كبيرة. وحتى وقت قريب كان الكثيرون ينظرون إلى التواصل البديل والرمزي على أنه يعد في الأساس وسيلة تسمح لمستخدميها بإبداء مهاراتهم اللغوية التي يكونوا قد اكتسبوها بالفعل. أما الآن فإن الباحثين والممارسين يزيدون من تأكيدهم على تلك الكيفية التي يمكن بها للتواصل البديل أو الرمزي أن يكون أداة فعالة لتعليم اللغة حتى يمكن مساعدة من يستخدمون هذا النسق على أن يصدروا صوتاً معيناً لما يشعرون به، وأن يعرفوا مهاماً معينة، وأن يكتسبوا كذلك وبشكل متزايد تلك المهارات اللغوية المعقدة.

وغني عن البيان أن الباحثين يحاولون في وقتنا الراهن أن يجعلوا من الممكن بالنسبة لمستخدمي التواصل البديل أو الرمزي أن يتحدثوا عن نفس أنماط الأشياء التي يقوم بها غيرهم من المراهقين. كما أن هناك جهوداً أخرى يتم توجيهها بشكل مستمر نحو تدريب مستخدمي هذا النظام على أن يخبروا من يتواصلون معهم كيف يمكنهم أن يتفاعلوا معهم بشكل أكثر فعالية أي أنهم يقوموا بتدريب مستخدمي هذا النظام على الوظيفة الاجتماعية لذلك النظام أو على الجانب الوظيفي فيه وهو الأمر الذي يوضح أهمية التواصل البديل أو

الرمزي في هذا الصدد في تحقيق تلك الأهداف المنشودة. ومن الأمور الهامة في هذا الإطار أن بعض الأفراد قد يعانون في واقع الأمر من إعاقة جسمية معينة تجعلهم يعانون من نواحي قصور متباينة يكون من شأنها أن تعوقهم بالتالي عن الاستخدام الفعال للغة الشفوية، ومن ثم فإنهم يعدون في حاجة ماسة إلى استخدام وسيلة بديلة أو رمزية للتواصل.

وتوضح التجارب الواقعية أن من يستخدمون التواصل البديل أو الرمزي يواجهون ثلاثة أنماط خاصة من التحديات لا يواجهها من يقومون بالتواصل بشكل طبيعي. وتتمثل هذه التحديات في الأمور التالية :

1- أن التواصل البديل أو الرمزي يعتبر أكثر بطأ من التواصل الطبيعي وربما يصل معدله إلى 20/1 من المعدل العادي للتواصل وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث قدر كبير من الإحباط لمن يستخدم هذا النظام في التواصل ولمن يقوم بالتواصل الطبيعي.

2- أن من يستخدمون التواصل البديل أو الرمزي ممن لا يجيدون القراءة والكتابة يجب أن يعتمدوا على مفردات لغوية ورموز يختارها الآخرون لهم، وإذا لم تكن تلك المفردات اللغوية والرموز إضافة إلى سمات أخرى في ذلك النسق قد أختيرت بعناية فإن التواصل البديل أو الرمزي سوف لا يسمح لهم سوى بفرص محدودة للغاية في سبيل التعلم وإقامة العلاقات الشخصية.

3- أنه ينبغي أن يتم تصميم التواصل البديل أو الرمزي حتى يمكن الاستفادة منه في مجموعة من السياقات الاجتماعية، وحتى يسمح بالتواصل الدقيق والفاعل دون حدوث أي تعب، وحتى يعزز تعلم اللغة والمهارات الأكاديمية من جانب الفرد.

ومن الواضح أن أي تطور في مجال التواصل البديل أو الرمزي يتطلب كما يشير يودر Yoder (2001) أن تتم مواجهة مثل هذه التحديات بشكل تلقائي. كذلك فإن هذا النسق من التواصل يركز بشكل متزايد على معرفة الفرد بالقراءة والكتابة وحقه في استخدام المواد المطبوعة بما فيها الكتابة في سبيل تحقيق التواصل. وعلى أي حال فإن التركيز على المهارات الأساسية للقراءة والكتابة يوازي التركيز على معرفة القراءة والكتابة من قبل جميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقتهم.

ومما لا شك فيه أن الحاجة إلى التواصل البديل أو الرمزي تتزايد مع زيادة أعداد الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة بما فيهم من يعانون من إصابات المخ الناتجة عن الصدمات وغيرها من الإعاقات الأخرى، ومع زيادة متوسطات أعمارهم، وأخذهم مكانهم في المجتمع المحلي.

كذلك فإنه نظراً لزيادة أعداد الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة الذين يتم ضمهم في البرامج التربوية العادية بكل مستوياتها فإن وجود نسق ملائم للتواصل البديل أو الرمزي في مثل هذه الفصول قد أصبح من الأمور الهامة والحاسمة في هذا الصدد. ومهما كان النسق المستخدم من التواصل البديل فإنه ينبغي أن يكون من السهل نسبياً استخدامه، وأن يتسم بالكفاءة، وأن يكون ذلك النسق ثابتاً، كما يجب أن يتسم أيضاً بالثبات في توصيل أفكار الفرد ونواياه للآخرين وليس أفكار شخص آخر ونواياه. ومن أهم أنماط التواصل البديل التي ظهرت على السطح في بداية التسعينيات من القرن الماضي كما يشير موسترت Mostert (2001) وكما يؤكد المركز القومي للبحوث NRC(2001) ما يعرف بالتواصل الميسر facilitated communication وهو ما يتطلب وجود شخص ميسر يقوم بمساعدة من يستخدم هذا النسق وذلك بكتابة رسائل معينة مستخدماً لوحة المفاتيح. ورغم أن هذا النمط قد أصبح شائعاً بدرجة كبيرة للغاية في وقت قصير، ولا يزال البعض يستخدمونه إلى الآن فإنه قد دار حوله كم كبير من التساؤل نظراً لما يبدو من أن هذا النمط يعتمد في حدوث التواصل على تلك الكلمات التي يقولها الميسر ذاته وليس الفرد المعوق في حد ذاته بمعنى أن ما يتم توصيله خلال عملية التواصل ليس هو ما يقوله الشخص المعوق بل هو ما يقوله الميسر. ومن ثم فإن الباحثين يرفضون هذا النمط من التواصل عند إجراء بحوثهم في هذا الصدد.

ويرى بيوكلمان وميرندا Beukelman &Mirenda (1998) أن عدداً صغيراً جداً من الأفراد في أنحاء العالم يقومون بالكتابة باستخدام لوحة المفاتيح بشكل مستقل وذلك بعد تعليمهم التواصل الميس. ومع ذلك فهما لا يعتقدان أن التواصل الميسر يصلح لكل فرد أو حتى لمعظم الأفراد. هذا ويشير يودر Yoder (2001) إلى أن أي وسيلة تسيء تمثيل تواصل الفرد الذي يستخدم هذا النسق تحط من قدر ذلك الشخص من خلال الإدعاء بقدرتها على إحداث ذلك التواصل. ومن جانب آخر فإن الهدف من التواصل البديل ينبغي أن يتمثل في تحقيق التواصل المستقل الذي لا يوجد فيه أي شك حول حقيقة وصدق تلك الرسائل التي يعمل على نقلها حيث إن الأمر كما جاء في تقرير المركز القومي للبحوث NRC(2001) يتعلق بمدى تقديم مثل هذا النمط من التواصل وتوفيره وهو الأمر الذي ساعدت عليه الحاسبات الصغيرة وعملت على التأكد من وصول كلمات الشخص إلى الطرف الآخر بمعنى أنه يضمن حدوث التواصل وفقاً لذلك وهو ما يساعد الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة على التواصل بشكل أكثر فعالية حتى وإن كانوا يعانون من ضعف تحكمهم في عضلاتهم وقصوره.

وفضلاً عن ذلك فإن البرامج الخاصة بتلك الحاسبات يمكنها أن تشجع هؤلاء الأطفال على استخدام مهاراتهم اللغوية واستغلالها. وبذلك فإن التطورات التكنولوجية سوف تجعل من التواصل البديل ثورة وذلك في غضون السنوات القليلة القادمة. كما يتنبأ لونك (2001) Loncke بأن التواصل الإلكتروني سوف يؤدي إلى ما يعرف بعولمة التواصل البديل أي استخدامه على نطاق عالمي، وعدم الاقتصار في استخدامه على مكان معين دون سواه.

المشكلات السلوكية Behavior problems

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من المشكلات السلوكية التي تصدر عن بعض الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة، وقد تتضمن مثل هذه المشكلات الإثارة الذاتية، وإيذاء الذات، ونوبات الصراخ والبكاء، والعدوان الموجه نحو الآخرين إلى جانب وجود أكثر من نمط واحد من تلك المشكلات في ذات الوقت. ولا يخفى علينا أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA الفيدرالي يعرف الإثارة الذاتية، وإيذاء الذات، والنوبات، والفشل في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية المختلفة على أنها سمات أساسية للعديد من الإعاقات الشديدة والمزدوجة.

ومع ذلك يظل هناك تحذير شديد من الاعتماد الكلي على ذلك التشخيص حيث أنه ليس كل الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يبدون مثل هذه المشكلات السلوكية التي نحن بصدد الحديث عنها حيث أن العديد من الأفراد الصم المكفوفين، والعديد ممن يعانون من إصابات المخ الناتجة عن الصدمات، أو اضطراب التوحد، أو غير ذلك من الإعاقات الشديدة أو المزدوجة لا يأتون بمثل هذه السلوكيات. وعلى الرغم من ذلك فإن معظم الأفراد الذين يبدون تلك المشكلات السلوكية يعانون في الغالب وذلك إلى حد كبير من إعاقات شديدة أو مزدوجة. وفضلاً عن ذلك فإن المشكلات التي تندرج تحت ذلك النمط الذي نعرض له هنا تضيف بالفعل إلى مستوى تعقد وخطورة أي إعاقة. وبذلك فإننا نجد أن التوصل إلى حلول مناسبة لمثل هذه المشكلات السلوكية يعد أمراً حاسماً في علاج ذلك الشخص الذي يأتي بها مع الأخذ في الاعتبار أننا ينبغي أن نعمل على حثه وأن نقوم بتشجيعه على الاشتراك في الأنشطة المدرسية والمجتمعية المختلفة.

الإثارة الذاتية

يمكن تعريف الإثارة الذاتية كما يرى كنيدي وآخرون Kennedy et.al. (2000) وراب وآخرون Rapp et.al. (1999) على أنها أي سلوك أو نشاط نمطي وتكراري يبدو أنه يتضمن هدفاً مباشراً واحداً لا يتجاوز توفير الإثارة الحسية للفرد. وقد تأخذ الإثارة الذاتية العديد من الأشكال مثل إسالة اللعاب، وتدوير الأشياء، والتصفيق بالأيدي، والحملقة الثابتة لشيء

ما، وما إلى ذلك. وقد ترجع السلوكيات النمطية والتكرارية أو ما يشار إليه أحياناً على أنه نمطية السلوك إلى العديد من الأسباب من أهمها النتائج الاجتماعية المختلفة التي يمكن أن تترتب عليها إلى جانب الإثارة الحسية.

ومن الملاحظ أن كل فرد تقريباً ينغمس في شكل ما من أشكال الإثارة الحسية مثل عض الشفاه، أو جذب الشعر أو اللعب فيه، أو قضم الأظافر، أو ما إلى ذلك. إلا أن هذا الأمر لا يصل إلى ذلك المعدل المرتفع الذي يميز الإعاقة. ومن هذا المنطلق فإن الأطفال العاديين في مرحلة المهد ينغمسون في سلوكيات من هذا القبيل وهو الأمر الذي ينطبق كذلك على المراهقين العاديين خاصة إذا ما كانوا يشعرون بالإجهاد أو الإرهاق أو الملل. ويشير كوفمان Kauffman (2001) إلى أن ذلك المعدل المرتفع الذي تحدث به مثل هذه السلوكيات، وافتقادها للدقة، وعدم الملاءمة الاجتماعية هو الذي يجعلها تختلف عن ذلك المعيار المميز للإثارة الذاتية حيث تصبح الإثارة الذاتية مشكلة عندما تحدث بمعدل مرتفع يتعارض مع أو يعوق قيام الفرد بالتعلم، أو القبول الاجتماعي، أو عندما تحدث بدرجة مرتفعة من الشدة تصل بها إلى حد إلحاق الأذى بالفرد. كذلك فإن بعض الأفراد التوحديين أو ممن يعانون من إعاقة نمائية منتشرة أخرى PDD يقومون بمثل هذه الإثارة الذاتية، ولكنها لا تستخدم من جانبهم في سبيل تحقيق التعلم الأكاديمي والاجتماعي. هذا ويعتبر التدخل المباشر والمسترسب أي الذي يقوم على إقحام سلوك في سلوك آخر وذلك بالنسبة لمعظم هذه الحالات من أهم الأمور التي يمكننا عن طريقها أن نحقق نجاحاً كبيراً في مساعدة الفرد على تعلم المهارات الأكاديمية والاجتماعية المختلفة .

إيذاء الذات

يعد السلوك المؤذي للذات أو سلوك إيذاء الذات كالعض، أو الخربشة، أو الضرب بقبضة اليد، أو ضرب الرأس في الحائط، أو ما إلى ذلك بمثابة سلوك إساءة معاملة جسمية متكررة للذات. وعادة ما ينتج مثل هذا السلوك عن الإثارة الذاتية إذ أن تلك الإثارة الذاتية إذا ما اتسمت بالشدة والتكرار فإنها تصبح إيذاء للذات وهو ما وجده ورزديل وآخرون Worsdell et.al. (2000) عندما قاموا بدراسة سلوك إيذاء الذات الذي يتسم بعض اليد، وضرب الرأس أو أجزاء من الجسم، ووضع اليد في الفم، ووخز الجلد. وإذا كان وضع اليد في الفم يعد بمثابة نوع من الإثارة الذاتية يقوم به كل الأطفال الرضع، وحتى المراهقون أو الراشدون العاديون قد يقومون به أحياناً فإه قد يتحول إلى إيذاء للذات بالنسبة لبعض الأفراد خاصة ذوي الإعاقات النمائية الشديدة حيث يؤدي عادة إلى حدوث أذى خطير بأجسامهم أو أنماط مختلفة منه.

النوبات المزاجية

يمكن أن تتضمن النوبات المزاجية الشديدة مجموعة متنوعة من السلوكيات تتضمن إيذاء الذات، أو الصياح، أو الصراخ، أو إلقاء الأشياء على الأرض، أو تحطيم الأشياء، أو العدوان على الآخرين. وقد يكون سبب تلك النوبات غير معروف أحياناً على الأقل لمن يحاول أن يبحث عن سبب محدد لها. ومع ذلك فغالباً ما تحدث تلك النوبات عندما نطلب من الفرد أن يقوم بأداء شيء معين كأن نطلب منه مثلاً أن يقوم بأداء مهمة معينة للعناية بالذات، أو أن يقوم بأداء مهمة أكاديمية معينة. وعادة ما يترتب على مثل هذه النوبة القيام بسحب ذلك الطلب الذي يكون قد أدى في الأساس إليها.

ومن المعروف أن النوبات المزاجية تفرض إعاقة معينة على الفرد الذي يستغل مثل هذه النوبات حتى يتجنب التعلم أو القيام بأداء أشياء هامة حيث تعمل تلك النوبات على إحباط جهود التنشئة الاجتماعية إذ يحاول معظم الأفراد تجنب التفاعل مع شخص معين يكون من المحتمل بالنسبة له أن يتعرض لنوبة معينة. أما المعلمون والآخرون الذين يتعاملون بنجاح مع أولئك الأفراد الذين يتعرضون لمثل هذه النوبات المزاجية فإنهم عادة لا يقومون بسحب طلباتهم المعقولة بأداء أشياء معينة من أولئك الأفراد حتى ولو أدت إلى حدوث نوبات معينة من جانبهم، ولكنهم يقومون بدلاً من ذلك بإدخال بعض التعديلات على هذه الطلبات أو إدخال بعض التغييرات على الظروف المحيطة وذلك بطريقة معينة، أو يعملون من جانب آخر على إبدال مثل هذه الطلبات بطلبات أخرى يكون من الأقل احتمالاً بالنسبة لها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذه النوبات.

العدوان على الآخرين

يشير تومسون وأيواتا Thompson & Iwata (2001) إلى أننا في الواقع نجد أنه ليس كل عدوان على الآخرين يكون مصحوباً بالضرورة بنوبات مزاجية، كما أن بعض الأفراد الذين يعانون من الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يقومون بالهجوم البدني على الآخرين فيهددونهم أو يلحقون بهم الأذى. وأحياناً يحدث مثل هذا الهجوم دون أي تحذير، أو بعد إشارات معينة على حدوث هجوم وشيك لا يستطيع أن يدركه إلا فرد معين يعرف هذا الشخص جيداً حيث ربما تكون تلك الإشارات غير واضحة. ويعتبر العدوان على الآخرين من الأمور المعوقة نظراً لأنه يحد من التفاعلات الاجتماعية التي تتم مع ذلك الفرد إذ أن الناس عامة يميلون إلى تجنب أولئك الأفراد الذين يكون من المحتمل بالنسبة لهم أن يمثلوا خطورة عليهم أو يلحقوا بهم الأذى. وتؤكد تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد أن

العدوان وغيره من السلوكيات غير المرغوبة مثل سلوك إيذاء الذات قد يتبعه أحياناً إبداء الانتباه والاهتمام لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة أو غير ذلك من النتائج الأخرى الدالة على الإثابة.

قصور مهارات الحياة اليومية

يشير قصور مهارات الحياة اليومية كما يرى براون وسنيل Brown & Snell(2001) إلى عدم قدرة الفرد أو إعاقة تلك القدرة على الاهتمام بحاجاته الأساسية وتحقيقها مثل ارتداء الملابس وخلعها، أو تناول الطعام، أو استخدام التواليت على سبيل المثال. هذا ويجب أن يتم تعليم معظم الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة المهارات التكيفية المتوقعة من غيرهم من الأطفال والمراهقين. وتتضمن السلوكيات التكيفية مدى كبيراً من المهام التي تتضمن اختيار الملابس، وارتداء الملابس وخلعها، وإعداد الطعام وتناوله، والمهارات الاجتماعية اللازمة للحياة مع الآخرين والتفاعل معهم، واستخدام النقود، واستخدام وسائل النقل العام، وأداء بعض الألعاب أو غيرها من وسائل الترفيه الأخرى، وما إلى ذلك.

التقييم السلوكي الوظيفي وتدعيم السلوك الإيجابي

غالباً ما ترتبط المشكلات السلوكية المختلفة بحدوث اضطراب في المخ، أو إصابة المخ حتى وإن لم يكن مثل هذا الاضطراب مدركاً أو معروفاً. ومن أمثلة ذلك اضطراب التوحد الشديد الذي غالباً ما يتضمن الإثارة الذاتية، وإيذاء الذات، والنوبات المزاجية، أو كل هذه الأمور مجتمعة. ومع ذلك فهناك تأكيد متزايد كما يرى هورنر وآخرون Horner et.al. (2000) على ضرورة أن يتم تحليل مكونات تلك البيئة التي تحدث فيها المشكلة السلوكية، والعمل من جانب آخر على إدخال بعض التغييرات عليها إذ يجب أن نزيد بطبيعة الحال من تركيزنا على الآثار المباشرة والمتغيرة التي يمكن أن تخلفها على السلوك وذلك بدلاً من التركيز على الأسباب التاريخية للسلوك، أو تلك الأسباب التي تتعلق بالوقاية والتطعيم.

وقد تناولنا من قبل فكرة التقييم الوظيفي للسلوك functional behavior assessment وتدعيم السلوك الإيجابي positive behavior support كما يتم تطبيقها على أولئك التلاميذ ذوي الإعاقات الأقل في شدتها وذلك خلال الفصول الثاني والرابع والسابع. ومع ذلك فإن مثل هذه الإجراءات قد تكون ذات أهمية خاصة بالنسبة لأولئك التلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة. ويستلزم التقييم الوظيفي للسلوك التعرف على ذلك السبب الذي يؤدي إلى ظهور المشكلة السلوكية والظروف التي يمكن أن تثيرها، وتظهر بالتالي في ظل وجودها. أما تدعيم السلوك الإيجابي فيتضمن توفير بيئة تدعم السلوك الملائم. هذا ويصف هورنر

وآخرون(2000) .Horner et.al المكونات الأربعة الأساسية التي يضمها التقييم الوظيفي للسلوك مع أمثلة لطالب يدعى دارينDarin يبلغ التاسعة عشرة من العمر ويعاني من اضطراب التوحد مصحوباً بتخلف عقلي شديد. ومع وجوده في المنزل كان بوسعه أن يتواصل مع أفراد أسرته مستخدماً عبارة واحدة أو اثنتين، وحينما كانوا يتركونه بمفرده في المنزل فإنه كان يلعب لفترات طويلة بلعبته المفضلة، ولكنه مع ذلك كان له تاريخ مرضي يوضح قيامه المستمر بضرب وجهه وهو ما يعد بمثابة نمط سلوكي لإيذاء الذات إلى جانب الصياح الدائم، والهجوم الجسدي على الآخرين الذين يحاولون أن يقوموا بأي عمل معه. وفيما يلي نعرض لتلك الخطوات الأربع التي يتضمنها التقييم الوظيفي للسلوك، وما أسفرت عنه كل منها بالنسبة لحالة هذا المراهق المسمى دارين Darinوالتي نعرض لها:

1- وصف السلوكيات التي نعتبرها مشكلة: أوضح الفريق المعالج لهذا المراهق أن ما يصدر عنه من سلوكيات مشكلة إنما تتمثل في صفع الوجه، والصياح، والهجوم على الآخرين، والعدوان الجسدي عليهم وضربهم.

2- النتائج المترتبة على السلوكيات المشكلة: أوضح التقييم الوظيفي لحالة دارين أنه كان يبقي على تلك السلوكيات المشكلة التي كانت تصدر عنه وذلك عن طريق الهروب من تلك الأنشطة والمواقف التي يجدها بغيضة أو كريهة بالنسبة له. وكانت تلك المواقف البغيضة أو التي تعتبر كذلك بالنسبة له عادة ما تضم الأنشطة التي تتضمن الكتابة والحديث أمام الفصل، والانتقال الذي لم يكن يستطيع أن يتنبأ به والذي كان عادة ما يسبب له عدم الراحة.

3- الأحداث المنشطة التي تعمل على إثارة السلوكيات المشكلة : كانت مثل هذه الأحداث بالنسبة لدارين تتمثل في الانتقال والتنقل، والتحدث أمام الفصل، والأنشطة التي تتضمن الكتابة. وبالتالي فقد كانت تلك الأحداث عادة ما تسبق كل ما يصدر عنه من سلوكيات مشكلة، وتثيرها.

4- تحديد الأحداث التي تزيد بدرجة كبيرة من احتمالات حدوث السلوكيات المشكلة: وقد تمثلت تلك الأحداث بالنسبة له في الإرهاق والتعب وهو ما كان يحدث عادة عندما لم ينم لفترة تزيد عن ست ساعات، وكانت مثل هذه المواقف هي الأقوى على الإطلاق إذ أنه عندما كان يشعر بالإرهاق والتعب كان يتجنب المهام البغيضة بالنسبة له أو يهرب منها حيث كان ذلك يمثل تعزيزاً قوياً له، ومن ثم فقد كان من الأكثر احتمالاً أن تحدث تلك السلوكيات المشكلة بعد هذا التجنب لتلك المهام.

ومن جانب آخر فإن التقييم الوظيفي للسلوك غالباً ما يوضح كما يشير ماكورد وآخرون(2001) .McCord et.al تلك الكيفية التي يستخدم التلميذ بها الإثارة الذاتية، أو يقوم بسلوك لإيذاء الذات، أو تحدث بها النوبات المزاجية من جانبه، أو يعتدي من خلالها على الآخرين. فقد يتصرف التلميذ أو يسلك بشكل غير ملائم حتى يتجنب الأنشطة أو المهام غير السارة أو غير المفضلة. وعلى ذلك فقد وجد الباحثون والممارسون في العديد من الحالات أن التلميذ لا يجد بعد ذلك أي وسيلة للتواصل تتسم بالفاعلية والكفاءة، وبالتالي فقد كانت مهمتهم الأساسية تتمثل في تحديد تلك الكيفية التي يستخدم التلميذ بها التواصل غير المقبول، ثم تعليمه وسيلة فعالة ومقبولة تسمح للآخرين بمعرفة ما يريده وما يشعر به. وقد أدى التقييم الوظيفي للسلوك إلى اكتشاف أن الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة أحياناً ما يستخدمون سلوكاً غير ملائم في سبيل توصيل مجموعة من حاجاتهم للآخرين أي إخبارهم بما يريدونه. ومن أمثلة ذلك أن يقول الواحد منهم لغيره " انتبه لي " أو " دعني أخرج من هنا " أو " لا يوجد شيء كي تفعله في هذا الإطار " أو " بوسعك أن تفعل الكثير فيما يتعلق بذلك " أو " إنني لا أريد أن أفعل هذا الشيء الآن " أو غير ذلك .

أما تدعيم السلوك الإيجابي على الجانب الآخر فيعتبر وسيلة يمكننا من خلالها أن نعلم التلميذ كيف يمكنه أن يتصرف بشكل ملائم في المواقف المختلفة، وأن يستخدم مثل هذا السلوك الملائم في تواصله مع الآخرين. وفيما يتعلق بالتلاميذ ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يجب أن نجعل تدعيم السلوك الإيجابي جزءاً أساسياً من إدارة سلوكهم في المدرسة، وفي المنزل، وفي الشارع، وفي المجتمع المحلي وهو الأمر الذي يعد ذات أهمية بالغة في هذا الإطار حتى نساعدهم على التصرف الصحيح في المواقف المختلفة.

التدخل المبكر Early Jntervention

من الجدير بالذكر أن معظم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يتم التعرف عليهم عند ميلادهم أو بعد ذلك بفترة ليست طويلة حيث تكون إعاقاتهم ظاهرة بشكل كبير للوالدين، والطبيب، والممرضة. كذلك فإن بعض المواليد الجدد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يتطلبون رعاية طبية شاملة، ومن ثم يتم وضعهم بشكل فوري فيما يعرف بوحدات العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة Neonatal Intensive Care Units NICUs التي تعتبر شبيهة بتلك الوحدات الخاصة بالأطفال الأكبر سناً والراشدين. وتوفر هذه الوحدات على مدار الساعة خدمات مراقبة الوظائف الجسمية المختلفة. وتضم هيئة العاملين بها عدداً من الأخصائيين حيث غالباً ما تضم ممرضات مدربات، وأطباء، وممارسين متخصصين في

الرعاية التنفسية، وأخصائيين في العلاج الوظيفي، وأخصائيين اجتماعيين. ونظراً للتكاليف الباهظة التي تتطلبها مثل هذه الوحدات والعاملين بها فإنها لا توجد في المستشفيات كافة، بل توجد في بعضها فقط دون البعض الآخر، وبالتالي فإنه أحياناً ما يتم نقل المواليد الجدد من مستشفى إلى آخر تتوفر فيه وحدة للعناية المركزة خاصة بالمواليد الجدد. وحتى عندما يكون الوليد موضوعاً تحت إشراف طبي دقيق فإن معظم المختصين يسمحون للوالدين بقضاء أطول وقت ممكن مع أطفالهما حتى يحدث الارتباط بين الوالدين والطفل، والأكثر من ذلك أن بعض هذه الوحدات تسمح للوالدين بالبقاء في نفس الغرفة مع طفلهما.

يمكن للوالدين قضاء وقت طويل مع طفلهما الوليد في وحدة العناية المركزة للمواليد

ومن جانب آخر فإن بعض الأطفال الآخرين ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة قد يبدون عاديين عند الميلاد ولكن يتم تشخيصهم خلال العامين الأولين من حياتهم على أنهم يعانون من إعاقات نمائية منتشرة. فعلى سبيل المثال نلاحظ أن الأطفال التوحديين لا يبدو عند ميلادهم أنهم يعانون من اضطراب التوحد، ولكنهم قبل أن يصلوا ثلاثين شهراً من أعمارهم يلاحظ والدوهم أن استجابتهم للمثيرات الاجتماعية لا تتطور بالشكل المتوقع. أما في حالة الإصابة الخطيرة جداً للمخ والتي تنتج عن الصدمات فإننا نجد أن الطفل قد ينمو بشكل طبيعي جداً وذلك حتى وقت حدوث ذلك الحدث الأليم الذي يؤدي إلى التلف الشديد لخلايا المخ. وعلى هذا الأساس فإننا يجب أن ننظر إلى التدخل المبكر على أنه يتضمن معنيين اثنين هما :

1- أن يحدث في وقت مبكر من حياة الطفل .

2- أن يتم بعد اكتشاف الإعاقة مباشرة بقدر الإمكان.

هذا ويحدد قسم الطفولة المبكرة DECبمركز الأطفال غير العاديين CEC كما يؤكد كل من ساندال وآخرين (2000) .Sandall et.al وأودوم وماكلين (1996) Odom & McLean مجموعة من الممارسات التي يوصى باستخدامها أثناء برامج التدخل المبكر في التربية الخاصة. وتقوم هذه التوصيات على ستة محكات تعتبر ضرورية وذات أهمية بالغة بالنسبة لبرامج التدخل المبكر في التربية الخاصة هي :

- الممارسات القائمة على نتائج البحوث أو القائمة على القيم.
- الممارسات المتمركزة حول الأسرة.
- منظور متعدد الثقافات.
- التعاون بين الأنساق المختلفة.
- الممارسات التي تتناسب مع المستوى النمائي للطفل وعمره الزمني.
- التمسك بمبدأ العادية أو السواء.

وسوف نقوم بتناول هذه المحكات على النحو التالي:

1- الممارسات القائمة على نتائج البحوث أو القائمة على القيم:

يجب أن تقوم برامج التدخل المبكر بقدر الإمكان كما يشير سترين وآخرون (1996) .Strain et.al على تلك الأساليب التي تكشف نتائج البحوث المختلفة التي تم إجراؤها في هذا الصدد أنها تعد فعالة. وللأسف فإنه لا يكون من الممكن دائماً أن نقوم بإجراء كل البحوث الضرورية قبل أن يتم تبني مدخل معين أو أسلوب معين، ومن ثم يوصي المختصون بأنه إذا لم تسفر نتائج البحوث ذات الصلة عن وجود دليل محدد على فعالية مدخل معين فإننا يجب آنذاك أن نلجأ إلى ذلك المدخل القائم على القيم الذي يقره نسق التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. وتعمل بعض هذه الممارسات القائمة على القيم على توفير ممارسات فردية لكل طفل وكل أسرة، وتوفير التواصل مع أعضاء الأسرة بطريقة والدية مع توفير الرعاية والاحترام المتبادل، والأمان والنظافة للبيئة، وإتاحة الفرص المختلفة أمام الأسرة كي تتمكن من المشاركة في اتخاذ القرار الطبي المناسب.

2- الممارسات المتمركزة حول الأسرة :

مما لا شك فيه أن الفلسفة السائدة في برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة كانت

في أفضل الظروف تتجاهل الوالدين والأسرة، أو كانت تظهرهم في الأساس على أن لهم تأثيرات سلبية متعددة على الطفل المعوق. إلا أن برامج التدخل المبكر قد بدأت تعتمد على تدخل الوالدين على افتراض أنهما يمكن أن يلعبا دوراً هاماً مهما قل هذا الدور، ولذلك فإنهما يحتاجان إلى التدريب حتى يتمكنا من تحسين مهاراتهما الوالدية وهو الأمر الذي يعود إيجاباً على الطفل. وعلى الرغم من أن بعض الآباء يعدون في حاجة إلى أن يتعلموا كيف يمكنهم أن يكونوا أفضل مما هم عليه في الواقع كآباء فإن الحال ليس كذلك بالنسبة للغالبية العظمى من الآباء. ولهذا السبب أوصت السلطات كما أوصى المختصون بأننا يجب ألا نفترض أنه لا يوجد شيء لدى الوالدين كي يقدمانه فيما يتعلق بكيفية التعامل مع أطفالهما هؤلاء، أو أن ما لديهما في الواقع لا يعدو كونه ضئيلاً للغاية، ولكننا يجب أن نؤكد بدلاً من ذلك على أن الوالدين والأخوة يمكن أن يكونوا جزءاً متكاملاً وذات قيمة كبيرة من العملية التربوية التي يتم تقديمها لأولئك لأطفال المعوقين الأصغر سناً، أي أن هناك في الواقع دوراً كبيراً يمكن أن تلعبه الأسرة عامة في هذا الصدد.

وكما لاحظنا في الفصلين الأول والثاني يقر قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقاتIDEA الفيدرالي أنه يجب أن يكون هناك دور أساسي لكل من الوالدين والأسرة في تربية وتعليم الأطفال الرضع والأطفال الأصغر سناً. كما تنص الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية IFSP على أن للأسرة دوراً هاماً ومحورياً في عملية اتخاذ القرار الخاص بالطفل. هذا وتعني الفلسفة المتمركزة حول الأسرة أن نضع في اعتبارنا ما يتعلق بالأسرة من أولويات وحاجات عند تصميم وتطوير خطة التدخل التربوي الخاصة بالطفل .

3- منظور متعدد الثقافات :

من المهم أن تتسم جميع برامج التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية وما تضمه من خلفيات عرقية متغيرة بحساسيتها الثقافية. ومن ثم يصبح من المهم بالنسبة للمختصين في برامج التدخل المبكر أن يتبنوا منظوراً متعدد الثقافات نظراً لأن الوالدين لا يزالان في الغالب يحاولان مسايرة تلك الضغوط التي تتعلق بولادة طفل معوق لهما. وحتى يتم تقديم برامج للتدخل المبكر من منظور متعدد الثقافات فإنه ينبغي أن تؤكد تلك الممارسات المختلفة التي ترتبط بذلك على الأمور التالية:

أ – أن يكون هناك شخص معين من أولئك الذين يقومون على تنفيذ البرنامج يتحدث باللغة المفضلة للأسرة، أو يكون هذا الشخص موجوداً ضمن الفريق المكلف بتنفيذ البرنامج بحيث يمكن الاستعانة به في أي وقت.

ب- أن يقوم التواصل بين القائمين على البرنامج وأعضاء الأسرة على مبادئ معينة من أهمها الاحترام المتبادل، وتقديم الرعاية اللازمة، والحساسية.

جـ- أن تتضمن الخدمات المقدمة خلال البرنامج تقديم منهج يبتعد عن التحيز والتمييز وذلك فيما يتعلق بإعاقة الطفل، وجنسه البيولوجي، وخلفيته العرقية، وديانته، وتوجهه الثقافي، وسلالته.

4- التعاون بين الأنساق المختلفة:

نظراً لأن الأطفال الأصغر سناً ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة لديهم حاجات معينة كما يتضح من التعريف الخاص بهم وذلك في مجالات متعددة فإن الممارسة الجيدة تقتضي أن يقوم مختصون من أنساق مختلفة بالتعاون معاً والاشتراك مع بعضهم البعض في تنفيذ البرنامج الخاص بهؤلاء الأطفال، وفي تقديم خدمات عالية الجودة لهم وفقاً للبرنامج المقدم. وهناك نماذج متعددة لهذا التعاون، ولكن الشرط الأساسي والهام لتحقيق النجاح في تنفيذ ذلك البرنامج يتمثل في ضرورة أن يتم العمل بينهم جميعاً بشكل تعاوني وليس فردياً، ولذلك يجب أن تكون لديهم الرغبة للعمل معاً والاشتراك في تنفيذ تلك الأدوار المقررة. فعلى سبيل المثال ينبغي أن يشارك معلم التربية الخاصة المتخصص في الطفولة المبكرة في تلك الأنشطة التدريبية التي يتم تنفيذها من جانب أخصائي التخاطب، والعكس صحيح.

5- الممارسات الملائمة للعمر الزمني للطفل ومستواه النمائي:

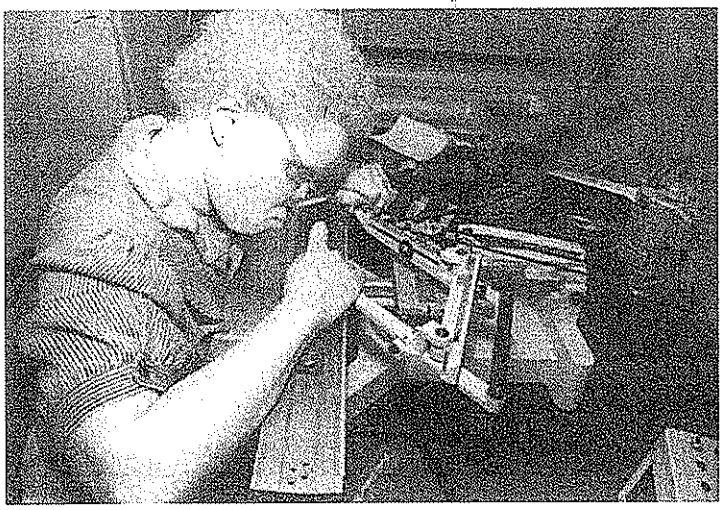
يشير بريديكامب وروزجرانت Bredekamp &Rosegrant (1992) إلى أنه قد تم استخدام مصطلح الممارسات الملائمة للمستوى النمائي للطفل في البداية من جانب الجمعية القومية لتعليم الأطفال الأصغر سناً The National Association for The Education of Young Children NAEYC وهي جمعية تهتم بتعليم الأطفال العاديين في مرحلة الطفولة المبكرة. أما مصطلح الممارسات الملائمة للمستوى النائي للطفل فيشير إلى استخدام تلك الأساليب التربوية التي تتفق مع المستوى النمائي للطفل والتي تعمل في الواقع على إشباع حاجاته الفردية. ويتفق العديد من معلمي التربية الخاصة المتخصصين في مرحلة الطفولة المبكرة على هذا المصطلح ويوافقون عليه، ولكنهم يعتقدون أنه ينبغي أن يكون هناك توازن مع الحاجة إلى استخدام تلك الأساليب التربوية التي تتناسب مع العمر الزمني للطفل أيضاً إذ أنهم يعتقدون أن الأطفال المعوقين الأصغر سناً يجب أن يتم تعليمهم بجانب أقرانهم العاديين في نفس عمرهم الزمني (وفي جماعتهم الثقافية) بدلاً من أن يتم تعليمهم مع أقرانهم العاديين الأصغر منهم سناً.

6- التمسك بمبدأ العادية أو التطبيع والسواء:

لاحظنا في الفصل الثاني أن العادية أو التطبيع والسواء تعد بمثابة ذلك المبدأ الفلسفي الذي يرى أن جميع الأفراد ذوي الإعاقات يجب أن تتوفر لهم بيئات تربوية ومعيشية شبيهة بتلك التي تتوفر في الأساس لأقرانهم العاديين أو حتى لأقرانهم غير العاديين. هذا ويتبنى قسم الطفولة المبكرة DEC بمركز الأطفال غير العاديين CEC فلسفة الضم أو الاحتواء الكامل full inclusion حيث يرون في ذلك حقاً لجميع الأطفال بغض النظر عن إعاقاتهم المتنوعة حتى يصبح بوسعهم أن يشاركوا بفعالية في تلك المواقف الطبيعية التي يتضمنها مجتمعهم المحلي إذ يعد الموقف الطبيعي هو ذلك الموقف الذي يجب أن يقضي الطفل فيه وقتاً سواء كان هذا الطفل عادياً أو معوقاً وذلك على حد سواء .

الانتقال إلى مرحلة الرشد: Transition to Adulthood

تعتبر فترة الانتقال إلى مرحلة الرشد مرحلة حرجة بالنسبة لغالبية الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة. ولحسن الحظ فكما لاحظنا في الفصل الثاني شهد مجال التربية الخاصة قفزات كبيرة فيما يتعلق بتوفير خدمات خاصة بمثل هذه المرحلة الانتقالية تعرف بخدمات المرحلة أو المراحل الانتقالية يتم تقديمها لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات خلالها . ويرجع معظم التطور الذي شهده هذا المجال إلى ذلك التغير الذي طرأ على الفلسفة التي تتعلق بكيفية معاملة مثل هؤلاء الأفراد. ويعتبر هذا التغير أكثر وضوحاً في الوقت الراهن قياساً بما كان الأمر عليه من قبل حيث نجد مثلاً أنه منذ زمن ليس ببعيد كان المكان الأفضل الذي يمكن أن نقوم بتسكين أو وضع هؤلاء الأفراد فيه وذلك فيما يتعلق بمجال تشغيلهم هو ما يعرف بالورش المحمية أو التي تتبع النظام الوقائي sheltered workshops أما الآن فقد اختلف الأمر كثيراً حيث أصبح هناك



توجد خيارات متعددة للتشغيل في الوقت الراهن أمام الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة

مدى أكبر من الاختيار وهو ما يتضمن بطبيعة الحال ما يعرف بنظام التشغيل التنافسيcompetitive.

تغير الفلسفة

يمكننا أن نشير مع وستلنج وفوكس (2000) Westling&Fox على الأقل إلى مبدأين فيما يتعلق بالبرامج الراهنة الخاصة بالفترات الانتقالية يعكسان حدوث تغير في الفلسفة وذلك فيما يتعلق بمعاملة الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة بشكل أكثر كرامة. ويتمثل المبدأ الأول كما يؤكد ويماير(1992) Wehmeyer في التركيز على تحديد الذات. self- determination ويعرف تحديد الذات بأنه العامل السببي الأساسي في حياة الفرد، وفي تلك الاختيارات التي يقوم بها، والقرارات التي يتخذها بخصوص جودة الحياة دون الخضوع لأي تأثير خارجي أو التعرض لأي ظروف تعوقه عن الوصول إلى ذلك. هذا ويتطور تحديد الذات على مدى حياة الفرد، ويرتبط بوصوله إلى مرحلة الرشد. وهناك أمور معينة مثل الحق في التشغيل، والحياة في المجتمع، والتعليم المدرسي القائم على الضم أو الاحتواء، والحركة، والمساعدة في العناية بالذات تنبع جميعها من رغبة الأفراد ذوي الإعاقات في القيام بالأنشطة المختلفة وأساليب الحياة التي يرغبون فيها ويفضلونها.

وقد قام المختصون كجزء من هذا التأكيد على تحديد الذات بتصميم وتطوير عدد مما نطلق عليه الخطط المتمركزة حول الشخصperson- centered plans وهي تلك الخطط التي تركز على تفضيلات الطالب وتفضيلات أسرته فيما يتعلق بالتخطيط لمستقبله. أما المبدأ الثاني فيمثله ما يفترضه المختصون في الوقت الراهن من ضرورة أن تكون المدعمات الطبيعية natural supports جزءاً متكاملاً من الخطة الانتقالية. وبدلاً من توفير خدمات جديدة لإشباع حاجات معينة لدى الفرد المعوق فإن فكرة المدعمات الطبيعية تعمل في المقام الأول على إتاحة مصادر معينة توجد بالفعل في مكان العمل أو في المجتمع المحلي يكون من شأنها أن تحقق نفس هذا الغرض. وقد يعني ذلك فيما يتعلق بالعمل تدريب المشتركين في العمل على تقديم المساعدة اللازمة لبعضهم البعض بدلاً من اللجوء إلى المدرب المهنيJob Coach لتدريبهم على أداء وظيفة معينة أو عمل معين. أما فيما يتعلق بالحياة في المجتمع المحلي فإن ذلك قد يعني أن يقطن الشخص المعوق في شقة مستقلة، وأن يحصل على المساعدة التي تتعلق بمهارات الحياة اليومية من أحد جيرانه، أو من أحد أعضاء أسرته، أو يكون معه مرافق أو خادم يحصل على أجر نظير ما يؤديه له من خدمات مختلفة وذلك بدلاً من أن يقيم في إحدى وحدات الإقامة الداخلية التي توفر مرافقين أو خدم له، ولمن يكون على شاكلته.

برامج التدريب المهني

كما لاحظنا في الفصل الثاني يجب أن يتضمن البرنامج التربوي الفردي IEP لكل طالب خطة انتقالية لا تتأخر بدايتها عن السادسة عشرة من عمره، بل إنها يجب أن تبدأ في الرابعة عشرة من عمره كلما كان ذلك ممكناً. هذا وينبغي أن تتضمن الخطة الانتقالية العديد من التوصيات التي تتعلق بإعداد وتجهيز الطالب لعالم العمل، أو للتدريب، أو لمواصلة تعليمه بعد المرحلة الثانوية. وبالنسبة للعديد من الطلاب ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يفضل أن يبدأ تدريبهم مهنياً منذ المرحلة الابتدائية وخلالها نظراً لأن الأمر قد يستغرق العديد من السنوات حتى يتمكن الفرد من اكتساب تلك المهارات التي سوف يحتاج إليها في هذا الإطار كي يصير بإمكانه أن يؤدي عملاً معيناً أو وظيفة معينة بشكل ناجح. أما عن التدريب الذي يجب أن يبدأ من المرحلة الابتدائية فإنه يجب أن يتضمن خلال تلك المرحلة أشياء معينة ثل تعلم الالتزام بجدول زمني معين، وتعلم المهارات الاجتماعية، وأداء مهام معينة شبيهة بتلك المهام التي يؤديها أثناء العمل الفعلي، وبداية تعلم بعض الأشياء الهامة والأساسيات التي تتعلق بأنواع معينة من الوظائف.

ومن ناحية أخرى فإن محور الاهتمام يجب أن يتغير خلال المرحلة الثانوية ليصبح منصباً على وضع الطالب في مواقف العمل الحقيقية في المجتمع بمساعدة أحد المدربين المهنيين. ويجب أن يشارك الطالب في الاختيار من البدائل المطروحة التي يتم تسكينه فيها، ومن ثم ينبغي أن توجد أمامه مجموعة كافية من الوظائف حتى يتعرف على عينة مناسبة من تلك الوظائف كي يحدد ما يحبه ويميل إليه، وما يجيده منها. وقد يتطلب ذلك أن يتطوع الطالب في المراحل الأولى للقيام بأنواع متعددة من تلك الوظائف، أما فيما بعد فيجب أن يقوم فقط بذلك العمل الذي يحصل منه على أجر إذ أن حصوله على أجر نظير العمل يضيف إلى حقيقة تلك الخبرة التي يكتسبها من جراء ذلك، كما توفر له فرصة حقيقية كي يتعلم كيفية القيام بتدبير الموارد المالية اللازمة له واستغلالها، أي كيفية الحصول على المال من ناحية، ثم كيفية الإنفاق من ناحية أخرى.

مهارات الحياة المنزلية والمجتمعية

تتضمن مهارات الحياة في المجتمع كما لاحظنا في الفصل الرابع أموراً معينة مثل استخدام وسائل النقل، والتسوق، واستخدام التليفونات، والتعامل بالنقود، واستخدام الإنترنت في حين تتضمن مهارات الحياة المنزلية أموراً أخرى مثل إعداد الوجبات، وغسيل

الملابس، وإدارة شئون المنزل، والاهتمام بحديقة المنزل، وما إلى ذلك.

وقد كان هناك اهتمام بتعليم هؤلاء الأفراد في الأساس تلك المهارات التي تتعلق بالحياة في المجتمع، أو يتم تعليمهم مثل هذه المهارات بمفردها وذلك في المواقف المختلفة التي تتم إتاحتها لهم في الفصل بمعنى أن المعلم من هذا المنطلق كان يقوم بترتيب الفصل كي يشبه موقف مجتمعي معين كأن يرتبه ليشبه ممراً معيناً في محل البقالة أو غيره على سبيل المثال. أما في الوقت الراهن فإن المختصين يعتقدون كما يرى وستلنج وفوكس (2000)& Westling Fox أن مثل هذه المواقف الشبيهة بالمواقف الفعلية لن تصل مطلقاً في أهميتها وفائدتها إلى ما يمكن أن نحققه حال اللجوء إلى المواقف المجتمعية الفعلية ذاتها بمعنى أن الاهتمام بالتدريب على مثل هذه المواقف قد انتقل من الاهتمام بتهيئة مواقف شبيهة بالمواقف الفعلية يتم التدريب عليها كما كان يحدث في الماضي إلى الاهتمام بالتدريب في المواقف الفعلية ذاتها وهو ما يحدث في الوقت الراهن. ومن هذا المنطلق فإن أفضل مكان يمكن أن نقوم بتعليم الفرد المعوق فيه المهارات المنزلية المختلفة هو المنزل بطبيعة الحال لكن ذلك لا يعني مطلقاً أن مثل هذا التدريب ينبغي أن يتم في منزل الطفل أو بين أسرته رغم أن ذلك يعتبر هو الأفضل بطبيعة الحال . ونظراً لأن مثل هؤلاء الأفراد يكونون في ذلك الوقت أقرب إلى ترك منازل أسرهم من ناحية، وأن تعليم المهارات المنزلية من ناحية أخرى غالباً ما يكون قد تم في مجموعات صغيرة من قبل فإنه يصبح من المهم آنذاك أن يتم هذا التعلم في موقف آخر غير منزل ذلك الفرد المعوق. وبذلك فإنه غالباً ما يتم تعليم مهارات الحياة المنزلية لهؤلاء الأفراد في مواقف مدرسية مختلفة يتم إعدادها لهذا الغرض مثل حصص التدبير أو الاقتصاد المنزلي، أو في كافتيريا المدرسة.

ومن ناحية أخرى هناك في الواقع سبب آخر يكمن خلف استخدام المدرسة كموقف تعليمي لبعض الوقت كما يشير كل من براودر وبامبارا (2000)Browder &Bambara ومون وإنجي (2000) Moon &Inge يتمثل في التأكيد على أن الطالب المعوق تكون لديه الفرصة للتفاعل مع أقران عاديين من نفس عمره الزمني، أي أنهم بذلك لا يعانون من نفس إعاقته أو غيرها من الإعاقات الأخرى. وعلى هذا الأساس فإن الضم أو الاحتواء في البرامج المدرسية العادية يتيح الفرص العديدة أمام الطلاب ذوي الإعاقات للتفاعل الاجتماعي مع أقرانهم غير المعوقين حيث من المعروف أن المهارات الاجتماعية تعتبر من أهم الأمور الحاسمة والهامة في سبيل تحقيق الدمج الناجح لهؤلاء الأفراد في أماكن العمل وفي المجتمع، كما يساعدهم أيضاً على الانخراط فيه.

هذا وقد شهدت الثلاثين أو الأربعين سنة الأخيرة تطورات هائلة في إعداد الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة كي يحيوا حياة مستقلة كراشدين حيث كان يتم تسكين مثل هؤلاء الأفراد منذ وقت ليس ببعيد في مؤسسات كبيرة تعمل بنظام الإقامة الداخلية، وبالتالي لم تتح أمامهم سوى فرص ضئيلة للغاية في سبيل الاتصال بالآخرين والتواصل معهم. أما الآن فإن هناك تعليماً مكثفاً وشاملاً وموسعاً إلى جانب مساندة كبيرة من المختصين أو من المجتمعات المحلية يتم تقديمها لهم مما جعل الكثيرين منهم يعملون جنباً إلى جنب مع الأفراد العاديين، وجعل الكثيرين منهم أيضاً يحيون حياة مستقلة أو شبه مستقلة، أو يعيشون في وحدات للإقامة الداخلية بالمجتمعات المحلية.

الخلاصة: Summary

شهد مصطلح الإعاقات الشديدة والمزدوجة كغيره من فئات الإعاقة الأخرى جدلاً كبيراً. وتعرف جمعية الأفراد ذوي الإعاقات الشديدةThe Association for Persons with Severe Handicaps TASH الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة بأنهم أولئك الأفراد الذين يتطلبون مساندة شاملة في أكثر من نشاط واحد من الأنشطة الأساسية في الحياة مثل الحركة، والتواصل، ورعاية الذات، والتعلم كضرورة للحياة المستقلة، والتشغيل، والكفاية الذاتية، وما إلى ذلك من أنشطة.

وتميل الإعاقات الشديدة والمزدوجة إلى أن تحدث معاً حيث نجد أن الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة في مجال معين عادة ما يعانون من أكثر من إعاقة واحدة. وفضلاً عن ذلك فإن الجمع بين أكثر من إعاقة واحدة بسيطة قد يؤدي إلى حدوث مشكلات تربوية شديدة بالنسبة لهم. وغالباً ما توجد إعاقات شبيهة لديهم بعد ميلادهم بفترة قصيرة أي تحدث قبل أن يصل الطفل الثانية من عمره.

وتعد إصابة المخ الناتجة عن الصدمات TBI بمثابة تلف مكتسب في المخ يحدث نتيجة التعرض لصدمة بعد فترة من النمو العصبي الطبيعي، وتمثل تلك الإصابة مشكلات تربوية فريدة. وتركز تعريفات هذه الإصابة على حدوثها نتيجة التعرض لقوة خارجية أي أن المشكلة بذلك ليست وراثية أو جينية، وعادة ما تصحبها حالة متغيرة أو ضئيلة للغاية من اختلال الأداء الوظيفي العصبي أو العصبي السلوكي، وأنها تكثر بين البنين قياساً بالبنات. ويمكن أن تحدث مثل هذه الإصابة نتيجة لنوعين أو فئتين من الإصابات هما :

1- إصابة الرأس المفتوحة حيث لا يزال يوجد جرح غائر بالرأس مفتوحاً نتيجة مؤثرات خارجية معينة.

2- إصابة الرأس غير المفتوحة أو المغلقة حيث يحدث تلف المخ نتيجة الضغط الداخلي للأنسجة المحايدة داخل الرأس أو تمددها الداخلي، أو أي حركة سلبية لها.

هذا ويركز التعريف التربوي لإصابة المخ الناتجة عن الصدمات على تلك الإعاقة التي يمكن أن تلحق بجانب معين أو أكثر من تلك الجوانب ذات الأهمية لحدوث التعلم مثل :

1- المعرفة .
2- اللغة .
3- الذاكرة .
4- الانتباه .

5- الاستدلال . 6- التفكير المجرد .

7- إصدار الأحكام . 8- حل المشكلات .

9- القدرات الحسية والإدراكية والحركية .

10- السلوك النفس اجتماعي . 11- الوظائف الجسمية .

12- معالجة المعلومات وتجهيزها . 13- التخاطب .

ويتراوح تأثير هذه الإصابة بين البسيط جداً إلى الشديد جداً أو الحاد، كما أنها قد تكون إما مؤقتة أو دائمة، وتتضمن الآثار المترتبة عليها وجود قائمة طويلة من المشكلات السيكلوجية ومشكلات التعلم. ومن الصعب تحديد معدل انتشار معين لإصابات المخ الناتجة عن الصدمات رغم حدوثها بمعدل كبير في مرحلتي الطفولة والرشد، وقد تكون آثارها دائمة. ويعتبر البنون هم الأكثر عرضة لتلك الإصابات وإن كان من الأكثر احتمالاً أن يزداد تعرض كلا الجنسين لها في المراهقة المتأخرة وبدايات الرشد. ومن الملاحظ أنه قد تم تجنب أو تفادي كثيراً من تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها وإن ظل السبب الرئيسي لها قبل سن الخامسة يتمثل في السقوط من مكان مرتفع، أما بعد سن الخامسة فتعد حوادث المركبات هي الأكثر شيوعاً. كما توجد هناك أسباب أخرى تتضمن العنف وإساءة المعاملة.

ومن الأمور الهامة في تعليم هؤلاء الأفراد مساعدة أعضاء أسرهم ومعلميهم على أن يستجيبوا بشكل ملائم لتلك التغيرات المفاجئة والشديدة في قدراتهم الأكاديمية، ومظهرهم الخارجي، وسلوكهم، وحالاتهم الانفعالية. وينبغي أن يعمل المعلم على مساعدتهم كي يستعيدوا قدراتهم المعرفية، وأن يتعلموا استخدام ميكانيزمات المسايرة، والاستراتيجيات البديلة مع الأخذ في الاعتبار أن هناك تحديات عديدة في مجال تقييمهم والتخطيط التربوي الخاص بهم وهو الأمر الذي يجعل من الضروري أن يشترك فريق من المختصين في مثل هذه الأمور. ومن الملاحظ أن اضطرابات اللغة أو التخاطب التي قد يتعرض الفرد لها قد تكون هي أكثر تلك الأمور تعقيداً التي يتعرض لها عقب إصابته والتي تحول دون رجوعه للمدرسة مرة أخرى إذ قد يتعرض للحبسة الكلامية المكتسبة acquired aphasia التي تعني فقد القدرة على الفهم وصياغة اللغة. ويعد تأثير هذه الإصابة على اللغة متغيراً بشكل كبير، أي أنه بذلك لا يكون ثابتاً، ولذلك يجب أن يتم تقييم دقيق لجوانب القوة ونواحي القصور المميزة للشخص. وإلى جانب ذلك فإن تلك الإصابة قد تصاحبها في الواقع آثار اجتماعية وانعالية خطيرة تتضمن العدوان، والنشاط الحركي المفرط، والاندفاعية، وقصور الانتباه، وغير ذلك من الآثار غير العادية. ولذلك فإن استراتيجيات إدارة السلوك، وتعديل السلوك تعتبر ضرورية في هذا الإطار، ومن ثم فإن التربية الفعالة والعلاج الفعال لهؤلاء الأطفال يتطلب إلى جانب ذلك

ضرورة أن يتم اللجوء إلى العلاج الأسري، والعلاج الطبي، والتدريب المعرفي، والتدريب على التواصل كلما كان ذلك ممكناً .

ومن ناحية أخرى هناك أنماط متعددة من الإعاقات المزدوجة التي يمكن أن يتعرض الأفراد لها يأتي في مقدمتها الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة التي تتوقف نتائجها أو انعكاساتها على الأفراد على ثلاثة أمور أساسية هي:

1- جودة التعليم ومدى تكثيفه.

2- درجة ونمط الإعاقة السمعية والبصرية.

3- وجود إعاقات وحالات صحية أو طبية أخرى لدى الفرد.

ويوجد في الواقع حوالي عشرة آلاف طالباً في الولايات المتحدة الأمريكية ممن تتراوح أعمارهم بين الميلاد وحتى الثانية والعشرين من العمر يعانون من هذه الإعاقة السمعية البصرية المزدوجة، أما أعداد الراشدين الذين يعانون منها فتقدر بنحو يتراوح بين خمسة وثلاثين ألف وأربعين ألف شخص. ويمكن تصنيف تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى هذه الإعاقة المزدوجة في ثلاث فئات أساسية كالتالي :

1- المتلازمات الجينية أو الكروموزومية.

2- الحالات أو الأسباب قبل الولادية.

3- الحالات أو الأسباب بعد الولادية.

ومن أكثر المتلازمات الجينية المرتبطة بهذه الإعاقة المزدوجة شيوعاً متلازمة تشارج CHARGE ومتلازمة أوشر Usher ومتلازمة داونDown. أما الأسباب بعد الولادية فتتضمن العديد من العوامل من أهمها التهاب السحايا، وإصابات المخ الناتجة عن الصدمات، بينما تأتي بعض الأمراض الخطيرة التي تتعرض الأم الحامل لها خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل في مقدمة تلك الأسباب قبل الولادية التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى هذه الإعاقة المزدوجة الخطيرة .

وجدير بالذكر أن هؤلاء الأفراد يمكن أن تصادفهم مشكلات ذات دلالة في مجالات ثلاثة على الأقل هي:

1- الحصول على المعلومات .

2- التواصل .

3- الحركة والانتقال في البيئة .

ولذلك ينبغي أن يتم توفير القدر المناسب من الأمان لهم حتى يتم تعليمهم بشكل أكثر فعالية، واختيار نمط التواصل المناسب من تلك الأنماط العديدة التي يمكن تعليمها لهم، وتعلم الحركة والتوجه حيث توجد على الأقل طريقتان للتدريب على الحركة والتوجه هما :

أ - إجراء المواءمات والتغييرات المطلوبة حتى يتم التواصل معهم.

ب- تنبيه الآخرين على أن هذا الفرد أو ذاك أصم وأعمى في ذات الوقت .

هذا ويمكن استخدام التواصل البديل أو الرمزي في سبيل تحقيق التواصل من جانب أولئك الأفراد والتعبير عن حاجاتهم ورغباتهم، والمشاركة في المعلومات المختلفة، وإقامة التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين. وإلى جانب ذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد قد يأتون بأنماط متعددة من السلوكيات المشكلة كالإثارة الذاتية، وإيذاء الذات، والنوبات المزاجية، والعدوان، أو قد يجمعون بين أكثر من نمط واحد منها. كما أنهم قد يعانون أيضاً من قصور في مهارات الحياة اليومية حيث قد تعاق قدرتهم على العناية بحاجاتهم الأساسية كارتداء الملابس وخلعها، وتناول الطعام، واستخدام التواليت، أو قد لا توجد لديهم مثل هذه القدرة بالمرة وهو الأمر الذي يستوجب أن نقوم بتعليمهم السلوكيات التكيفية.

ومما لا شك فيه أن بإمكاننا أن نتعرف على معظم هؤلاء الأفراد مزدوجي الإعاقة إما عند ميلادهم أو بعد ميلادهم بفترة ليست طويلة. وفي أغلب هذه الحالات يتم وضع الطفل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة NICU حيث يقوم مجموعة من الأخصائيين بتقديم الرعاية اللازمة له. ويمكن للوالدين أن يقضيا مع طفلهما أثناء وجوده في هذه الوحدة أطول وقت ممكن حتى إنه يمكن لأحدهما في بعض الحالات أن يرافقه في هذه الوحدة.

كذلك فإن بعض الأطفال قد يبدون عاديين عند مولدهم ولكن سرعان ما تحدث الإعاقة لهم خلال السنوات الأولى من حياتهم، وفي تلك الحالات ينبغي أن نلجأ إلى التدخل المبكر بأسرع ما يمكن وذلك بعد اكتشاف الإعاقة. هذا وتوصي شعبة الطفولة المبكرة DEC بمركز الأطفال غير العاديين CEC بضرورة أن تقدم تلك الممارسات التي ترتبط ببرامج التدخل المبكر وفقاً لستة محكات أساسية هي:

1- الممارسات القائمة على نتائج البحوث أو القائمة على القيم.

2- الممارسات المتمركزة حول الأسرة.

3- منظور متعدد الثقافات.

4- التعاون بين الأنساق المختلفة.

5- الممارسات التي تتلاءم مع المستوى النمائي للطفل وعمره الزمني.

6- التمسك بمبدأ العادية والتطبيع أو السواء.

ويعتبر الانتقال إلى مرحلة الرشد مرحلة حرجة وحاسمة بالنسبة للعديد من الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة. وهناك مبدآن هامان للبرامج الانتقالية الراهنة تعكس تغيراً في الفلسفة تتعلق بمعاملة أولئك الأفراد بقدر أكبر من الكرامة هما:

أ - التركيز على تحديد الذات .

ب- استخدام المدعمات الطبيعية كجزء متكامل من تلك البرامج أو التخطيط لها.

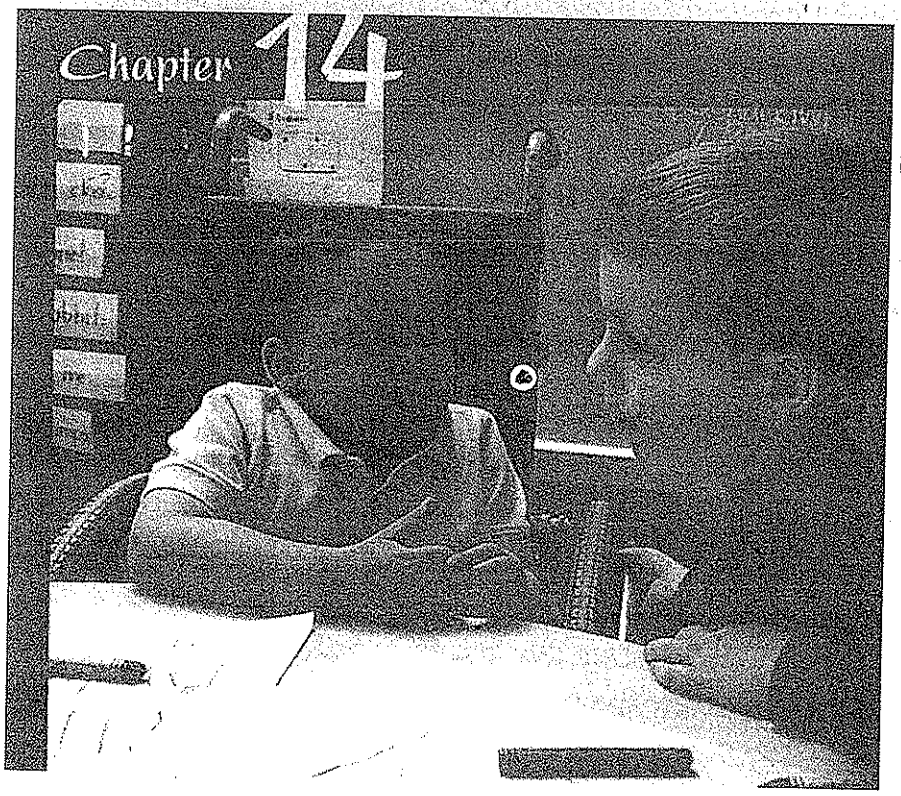
هذا ويوصي بأن يبدأ التدريب المهني لمثل هؤلاء الأفراد خلال المرحلة الابتدائية نظراً لأن الأمر قد يستغرق سنوات عديدة حتى يكتسبوا كل المهارات التي يمكن أن يحتاجوا إليها لشغل وظيفة معينة والأداء الجيد لما تتطلبه من أدوار ومهام. أما في المرحلة الثانوية فيجب أن يتغير الاهتمام إلى وضع الطالب في مواقف عمل حقيقية أو فعلية في المجتمع المحلي وذلك بمساعدة المدرب المهني. وإذا ما لجأنا إلى التعليم المكثف والشامل، وإلى تقديم المساندة من جانب المختصين والمجتمع المحلي فإن الكثيرين من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة أو المزدوجة يصبح بوسعهم أن يعملوا جنباً إلى جنب مع أقرانهم غير المعوقين. وأن يحيوا حياتهم بشكل مستقل أو شبه مستقل.

الفصل الرابع عشر

14

الاطفال المعوقون جسمياً وذوو الاعاقات الصحية الاخرى

Learners with Physical disabilities and Other Health Jmpairments



مقدمة:

لعله من المفيد أن نذكر أن الثقافة الغربية تشهد في الوقت الراهن انشغالاً كبيراً من جانب العديد من الأفراد بأجسامهم حيث أنهم لا يريدون أن يكونوا أصحاء أو أقوياء فحسب، ولكنهم يرغبون كذلك في أن يبدون أكثر جمالاً وجاذبية للآخرين. ومن ثم فهناك الكثيرون الذين ينشغلون بأجسامهم أكثر من اهتمامهم برفاهيتهم حيث قد يعرضون أنفسهم للمخاطر الصحية حتى يبدون أكثر جمالاً من الناحية الجسمية. وبالتالي فإن من يعانون من الإعاقات الجسمية يحاربون في جبهتين اثنتين في ذات الوقت تتمثل الأولى في محاولة التغلب من جانبهم على جوانب القصور التي تفرضها عليهم حالتهم الجسمية الراهنة، أما الثانية على الجانب الآخر فتتمثل في محاولتهم نيل تقبل الآخرين لهم.

وجدير بالذكر أن كثيراً من الأفراد العاديين غالباً ما يطيلون النظر إلى الأفراد المعوقين جسمياً، أو يخشونهم، أو يضايقونهم، أو يرفضونهم اجتماعياً، أو يعاملونهم بقسوة إذ أنهم أحياناً ما يشعرون بالخجل من إعاقات لا توجد لديهم هم أنفسهم دون أن يبدوا أي فهم لمشاعر الفرد الذي يعاني فعلاً من تلك الإعاقة، وقد يشعر آخرون من جانب آخر أن الإعاقة الجسمية المكتسبة ينبغي أن تترك تأثيراً كبيراً على شخصية الفرد. ويبدو ذلك جلياً في تلك القصة التي ذكرها توني إيرلي Tony Earleyعن جيم Jim وصديقه بين Penn المصاب بشلل الأطفال حيث أبدى جيم مشاعر مختلطة من الغضب والخوف عندما رأى صديقه لأول مرة وهو على تلك الحالة. وفي الواقع فإن معظمنا قد توجد لديه مثل هذه المشاعر والتساؤلات بغض النظر عن أعمارنا الزمنية، كما أن الكثيرين من الأفراد المعوقين جسمياً يشاركون بينPenn في الأمر الواقع الذي تفرضه عليهم إعاقاتهم، ولهفتهم في الحصول على تقبل الآخرين لهم، وعلى مسايرة الحياة بأحداثها المختلفة.

وعلى الرغم من أنه قد تم التخلص تقريباً من شلل الأطفال عن طريق التطعيم اللازم فإن الكثير من الأسباب الأخرى التي تؤدي إلى الشلل الجزئي وغيره من الإعاقات الجسمية الأخرى لم يتم الحد من تأثيرها حتى الآن. كما أن الاتجاهات نحو الإعاقات الجسمية لم يتم تغييرها بدرجة كافية وهو الأمر الذي يجعل الأطفال المعوقين جسمياً يواجهون الكثير من المشكلات التي تتجاوز مشكلة تقبلهم من جانب الآخرين حيث يعتبر أداء المهام الحياتية البسيطة بالنسبة للكثيرين منهم بمثابة معجزة سواء كانت هذه المعجزة صغيرة أم كبيرة .

تعريف الإعاقة وتصنيفاتها

سوف نتناول في هذا الفصل أولئك الأطفال التي تتمثل الخصائص الأولية المميزة لهم في المشكلات الصحية أو الجسمية. ويمكن تعريف التلاميذ المعوقين جسمياً بأنهم أولئك الأطفال الذين تتعارض أوجه القصور الجسمية التي يعانون منها أو المشكلات الصحية التي يخبرونها مع انتظامهم في الحضور إلى المدرسة أو التعلم وذلك إلى الحد الذي يجعلهم في حاجة إلى خدمات التربية الخاصة أو ما يتم تقديمه خلالها من تدريب، أو أجهزة تعويضية، أو أدوات معينة، أو تسهيلات أخرى. وقد يعاني هؤلاء الأطفال المعوقون جسمياً من إعاقات أخرى من أي نوع، أو قد تكون لديهم مواهب خاصة وهو الأمر الذي يجعل الخصائص المميزة لهؤلاء الأطفال تتباين بدرجة كبيرة. وإذا كانت الحالة الجسمية للطفل هي التي تستحوذ على القدر الأكبر من الاهتمام به فإنه حينما يكون لمثل هذه المشكلات الجسمية دلالاتها التربوية فإن الأمر يتطلب اللجوء إلى أولئك المتخصصين في التربية.

ونظراً لأن الخصائص الأولية المميزة للإعاقات الجسمية تتمثل كما يرى بيجي وآخرون(2001) .Bigge et.al وهيلر وآخرون (1996).Heler et.al وكورتز وآخرون (1996) .Kurtz et.al في الحالات الطبية، أو المشكلات الصحية، أو أوجه القصور الجسمية فإن ذلك يؤكد بطبيعة الحال على ضرورة أن يحدث تعاون متبادل بين الأنساق المختلفة ذات الصلة حيث ينبغي أن يكون هناك تواصل بين الأطباء ومعلمي التربية الخاصة بغرض الحفاظ على الحالة الصحية للطفل، والقيام في ذات الوقت بتطوير أي قدرات يمكن أن توجد لديه وتمثل جوانب قوة بالنسبة له.

ومن الجدير بالذكر أن الإعاقات الجسمية تتباين بدرجة كبيرة حيث قد يوجد لدى الأطفال على سبيل المثال بعض جوانب من الشذوذ الوراثي أو الخلقيcongenital anomalies أي أوجه القصور التي يولد الطفل بها، كما أنهم قد يكتسبوا مثل هذه الإعاقات من جانب آخر نتيجة تعرضهم لحادث أو مرض معين في أي وقت بعد ميلادهم. كذلك فإن بعض الإعاقات الجسمية تكون بسيطة نسبياً وانتقالية في حين يكون بعضها الآخر حاداً وتطورياً وتنتهي بحدوث العجز الكلي والوفاة المبكرة. وبالتالي فمن الصعب أن نتناول الإعاقات الجسمية بوجه عام، ولذلك فسوف نتناول في هذا الفصل حالات معينة منها تندرج تحت واحدة من ثلاث فئات تضمها الإعاقات الجسمية هي:

1- الإعاقات الحركية العصبية .

2- اضطراب أحد الأعضاء أو الاضطرابات العضلية الهيكلية masculoskeletal.

3- الحالات الأخرى التي تؤثر على صحة الفرد وقدراته الجسمية.

ومن المهم أن نميز بين تلك الحالات التي تعتبر حادة أو مزمنة وبين تلك الحالات الأخرى التي تعد عرَضية تحدث على شكل نوبة، أو تطورية. فالمرض الحاد acuteأو الحالة الحادة قد تكون خطيرة جداً أو شديدة إلا أنها تخف في حدتها ويشفى المريض مع العلاج الذي قد يتضمن وضعه في المستشفى وخضوعه لعلاج طبي أو عقاقير بشكل منتظم. وقد نجد أن شخصاً معيناً يتعرض لعدوى معينة أو يمر بحادث معين على سبيل المثال ويصبح من جراء ذلك مريضاً بشكل حاد، أو تصبح حالته حرجة لبعض الوقت، ولكنه يشفى ويستعيد عافيته مرة أخرى. أما الحالة المزمنة chronic فهي تلك الحالة التي تدوم لدى الفرد أي تعتبر دائمة دون أن تخف حدتها حتى مع استخدام أفضل الوسائل العلاجية، ومن ثم فهي حالة غير قابلة للشفاء. فالشلل الدماغي على سبيل المثال يعد حالة مزمنة حيث لا يمكن الشفاء منها. ومن ناحية أخرى فإن الحالة العَرَضية episodic أو التي تحدث في شكل نوبة أو نوبات هي تلك الحالة التي تتكرر بين حين وآخر على الرغم من أن الأداء الوظيفي للفرد معظم الوقت يكون عادياً جداً، ولا تحدث تلك الحالة في الأساس إلا على هيئة نوبات تصير أكثر خطورة أو أكثر شدة مع مرور الوقت. ومن أهم النوبات التي تحدث في هذا النمط نوبات الربو asthma والاضطرابات التشنجية seizure disorders كالصرع epilepsy على سبيل المثال. أما الحالة الأخيرة وهي الحالة التطورية progressive فهي تلك الحالة التي تصير أكثر خطورة وشدة أي تزداد خطورتها وشدتها بشكل كبير مع مرور الوقت، وعادة ما تتضمن قدراً أكبر من التعقيدات أو حالة معقدة من التدهور تجعل من النادر أن يشفى المريض منها رغم تعاطيه العلاج، بل إنه قد لا يشفى منها بالمرة. وتعد التغذية العضلية الناقصة أو السيئة muscular dystrophy مثالاً لإحدى هذه المشكلات الجسمية التي عادة ما تكون تطورية.

معدل الانتشار

وفقاً لتلك الإحصائيات التي نشرتها وزارة التربية الأمريكية يوجد حوالي ثلاثمائه ألف طالب في المدارس العامة بالولايات المتحدة الأمريكية يتلقون خدمات التربية الخاصة في إطار فئتين من فئات التربية الخاصة التي ترتبط بالإعاقات الجسمية؛ تتمثل الفئة الأولى منهما في فئة الإعاقات العضوية أي التي ترتبط بعضو معين من أعضاء الجسم، ويقدر من يحصلون على تلك الخدمات في إطارها بنحو خمسة وسبعون ألف طالب، أما الفئة الثانية فتتمثل في فئة ذوي المشكلات الصحية الأخرى وتضم حوالي مائتين وخمسة وعشرون ألف طالب من هؤلاء الطلاب. وبذلك فإن هاتين الفئتين تضمان الإعاقات العضوية، والإعاقات الصحية الأخرى. ومن المعروف أن هذا العدد المشار إليه لا يتضمن بالفعل أولئك الطلاب الذين يعانون

من إصابة المخ الناتجة عن الصدمات، TBI أو ذوي الإعاقات المزدوجة، أو الأطفال الأصغر سناً الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من التأخر النمائي. ومن الواضح أنه لا يتم إشباع حاجات العدد الأكبر من هؤلاء الطلاب المعوقين جسمياً وذلك لعدد من الأسباب تتضمن حقيقة تزايد أعداد الأطفال والمراهقين أو حتى الراشدين ذوي الإعاقة الجسمية مع عدم توفر برامج الخدمات الاجتماعية والصحية اللازمة لهم.

هذا وقد يرجع جانب من الزيادة في معدل انتشار الإعاقات الجسمية إلى تلك التطورات التي يشهدها تشخيص أولئك الأطفال الذين يعانون من حالات معينة إلى جانب تطور الخدمات الطبية المقدمة لهم. ومن المضحك أن التطورات الطبية لم تحسن فقط من فرص الوقاية من أمراض واضطرابات معينة أو علاج تلك الأمراض أو الاضطرابات ولكنها أكدت أيضاً على وجود قدر أكبر من الأطفال يعانون من مشكلات طبية خطيرة. كما أن هناك العديد من الأطفال الذين يعانون من الإعاقات المزدوجة أو الشديدة وغيرهم ممن يعانون من أمراض شديدة ومزمنة أو من إصابات شديدة كانوا لا يعيشون طويلاً في الماضي ولكنهم قد أصبحوا يعيشون لفترة أطول في الوقت الراهن، وبذلك فإن انخفاض معدل الوفياتmortality rates لا يعني بالضرورة أنه سيكون هناك عدد أقل من الأفراد المعوقين. وفضلاً عن ذلك فإن تحسن الرعاية الطبية كما يشير بليس (1994) Pless وبومستر وآخرون (1990).Baumeister et.al قد لا يؤدي بالضرورة إلى انخفاض عدد الأفراد ذوي الإعاقات ما لم يحدث انخفاض مماثل في العوامل البيئية التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذه الإعاقات كالحوادث، والتسمم بالمواد، والفقر، وسوء التغذية، والمرض، والعنف بين الشخصي.

الإعاقات الحركية العصبية Neuromotor Jmpairments

تعد الإعاقات الحركية العصبية نتيجة لإصابة يتعرض لها المخ أو الحبل الشوكي وتؤدي إلى حدوث تلف نيورولوجي أو عصبي يؤثر أيضاً على قدرة الفرد على أن يقوم بتحريك أجزاء معينة من جسمه أي أنه يؤدي إلى الإعاقة الحركية. وبذلك نلاحظ أن تلك الإصابة التي يتعرض لها المخ أو الحبل الشوكي تكون سبباً في التلف العصبي أو النيورولوجي أو تكون هي بمثابة تلف نيورولوجي يؤدي إلى حدوث إعاقة حركية للفرد فلا يتمكن من تحريك أجزاء معينة من جسمه. وقد ترتبط الإعاقة بإصابة المخ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها. ومن أمثلة ذلك ما لاحظناه في الفصل الحادي عشر من أن إصابة المخ الناتجة عن الصدماتTBI تتضمن تلفاً للمخ ينتج من جراء سبب خارجي محدد هو الصدمة trauma وذلك بعد عملية الولادة. ومع ذلك يمكن أن تحدث إصابة المخ من جراء العديد من الأسباب غير الصدمية أيضاً مثل الاختناق أو نقص وصول الأكسجين إلى المخ، أو التهاب المخ أو سحاياه، أو

السكتة الدماغية، أو الورم، أو الاضطراب الأيضي (كما يحدث في حالة البول السكري، أو مرض الكبد، أو الكلية)، أو المواد الكيميائية السامة، أو العقاقير.

وقد يكون من غير الممكن في العديد من حالات تلف المخ تعيين ذلك السبب المحدد الذي يكون قد أدى إلى حدوث الإعاقة الحركية العصبية. وتتمثل النقطة الهامة في هذا الصدد في أنه عندما يتعرض الجهاز العصبي للطفل للتلف أياً كان السبب في ذلك فإن ضعف العضلات أو الشلل يكون في الغالب هو أحد الأعراض الدالة على ذلك. ونظراً لأن مثل هؤلاء الأطفال لا يكون بوسعهم التحرك كالكثيرين غيرهم فإن تعليمهم عادة ما يتطلب تجهيزات خاصة، وإجراءات خاصة، وغير ذلك من المواءمات التي تتناسب مع إعاقتهم.

الشلل الدماغي (الإعاقة الدماغية)

من الجدير بالذكر أن الشلل الدماغيcerebral palsy CP لا يعتبر مرضاً، كما أنه ليس معد، ولا يعتبر حالة تطورية ما لم يؤد العلاج غير المناسب إلى حدوث تعقيدات معينة، كما أنه لا توجد هناك أي فرصة كي تسكن هذه الحالة أو تخف حدتها. وعلى الرغم من أننا عادة ما ننظر إليها على أنها مشكلة حركية عادة ما تكون مصحوبة بتلف في المخ عند الميلاد فإنها تعد في الواقع أكثر تعقيداً من ذلك. ويمكن أن نعتبر الشلل الدماغي جزءاً من متلازمة أعراض مرضية تتضمن اختلال الأداء الوظيفي الحركي، واختلال الأداء الوظيفي السيكلوجي، والتشنجات، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية التي ترجع إلى حدوث تلف في المخ.

وهناك بعض الأفراد المصابون بالشلل الدماغي لا يبدون سوى دليلاً أو مؤشراً واحداً على تلف المخ كالإعاقة الحركية على سبيل المثال في حين قد يبدي غيرهم من الأفراد العديد من تلك الأعراض ادالة عليه. هذا ويشير تعريف الشلل الدماغي إلى أنه يعد بمثابة حالة تتسم بالشلل، والضعف، وقصور التآزر إلى جانب أعراض أخرى تدل على اختلال الأداء الوظيفي الحركي بسبب ذلك التلف الذي يكون قد لحق بمخ الطفل قبل أن يصل المخ إلى مرحلة النضج. وقد تكون أعراضه بسيطة لدرجة يصعب معها اكتشاف تلك الحالة، كما قد تكون حادة لدرجة أن الفرد قد يصل من جرائها إلى حالة من العجز الكلي. ونظراً لأن الشلل الدماغي يضم مجموعة غير متجانسة من الأطفال فإن البعض قد أخذ يشكك في تسمية هذه الإصابة بذلك الاسم في حين لاحظ البعض الآخر أن هذا المصطلح يعرف مجموعة من الأطفال يعدون في حاجة ماسة إلى الخدمة وهو ما يعد بمثابة أساس كاف للاستمرار في استخدام ذلك المصطلح.

ورغم أنه لا يوجد أي علاج للشلل الدماغي فإن التطورات الحديثة التي شهدها كل من المجال الطبي والتأهيل تقدم أملاً متزايداً للتغلب على تلك الإعاقات التي تنتج عن التلف النيورولوجي. وهناك على سبيل المثال علاجاً بدنياً physical therapy مكثفاً على المدى الطويل أي يقوم على التمرينات الرياضية والتربية البدنية إلى جانب إجراء جراحي يسمى بالاستئصال الجذري الأمامي الانتقائيselective posterior rhizotomy يقوم فيه الجراح بقطع بعض جذور الأعصاب المنتقاة والموجودة أسفل الحبل الشوكي والتي تؤدي إلى حدوث الشلل التشنجيspasticity في عضلات الرجل مما يسمح لبعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المصحوب بالشلل التشنجي نتيجة لذلك بالتحكم بدرجة أفضل في عضلات معينة. كذلك فإن هذا العلاج يسمح لبعض الأطفال غير القادرين على المشي أن يمشوا ويتحركوا في المكان ويساعدوا بعضهم البعض على المشي بشكل عادي. ومع ذلك فإن مساعدة هؤلاء الأطفال على المشي لا تعني كما يرى بوتوس وآخرون (2001).Bottos et.al أنهم سيكون بوسعهم أن يستمروا في المشي مدى حياتهم. وإذا ما أردنا لهم أن يستمروا في المشي خلال سنوات رشدهم يصبح لزاماً علينا أن نستمر في تقديم الخدمات اللازمة لهم والتي يعدون في حاجة إليها.

الأسباب والأنماط:

من المعروف أن أي شيء يمكنه أن يؤدي إلى حدوث تلف بالمخ خلال فترة نمو المخ يمكنه أن يؤدي أيضاً إلى الشلل الدماغي. وهناك عوامل متعددة يمكن أن تؤدي إلى ذلك في مرحلة ما قبل الميلاد من أهمها إصابة الأم الحامل بالعدوى، والأمراض المزمنة، والصدمات البدنية، وتعرض الأم الحامل للمواد السامة، أو الأشعة السينية (أشعة X)على سبيل المثال، ويمكن لها جميعاً أن تؤدي إلى تلف المخ بالنسبة للجنين. أما أثناء عملية الولادة فقد يتعرض المخ للإصابة وخاصة إذا ما كانت الولادة صعبة أو تصاحبها تعقيدات معينة. وهناك بعض العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك أثناء الولادة من أهمها الولادات المبتسرة، والاختناق أو نقص الأكسجين، وارتفاع درجة الحرارة أو الإصابة بالحمى، والإصابة بالعدوى، والتسمم، ونزيف الدم hemorrhaging كما أن هناك عوامل ترتبط بذلك ويمكن أن تصيب الطفل بالضرر بعد الولادة. وباختصار فإن أي شيء يؤدي إلى منع وصول الأكسجين إلى الطفل، أو التسمم، أو نزيف المخ، أو إلى حدوث صدمة مباشرة للمخ يمكن أن يكون سبباً محتملاً يؤدي بالتالي إلى حدوث الشلل الدماغي.

وعلى الرغم من أن الشلل الدماغي يحدث في كل مستوى اجتماعي فإنه غالباً ما يحدث لأولئك الأطفال الذين تعيش أمهاتهم في ظروف اجتماعية اقتصادية سيئة، ومن ثم فإن

الأطفال الذين يعيشون في مثل هذه الظروف يعدون في خطر كبير يعرضهم لإصابة المخ أو تعرضه للتلف بسبب التعرض لبعض العوامل المرتبطة ومن أهمها سوء تغذية الأم، وتدني مستوى الرعاية المقدمة قبل وبعد الولادة، والصعوبات البيئية التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة، وانخفاض وزن الطفل عند الميلاد.

وجدير بالذكر أن وسيلتي التصنيف اللتين يتم استخدامهما على نطاق واسع عالمياً تحددان الأطراف التي تدخل في الإعاقة، ونوع الإعاقة الحركية. وعندما نقوم بتصنيف الحالة وفقاً للأطراف المتضمنة فيها فإن ذلك لا ينطبق على الشلل الدماغي فحسب ولكنه ينطبق على جميع أنواع الإعاقة الحركية أو الشلل. وتتمثل أكثر التصنيفات شيوعاً في هذا الصدد فيما يلي:

- الشلل النصفي hemiplegia ويصيب أحد نصفي الجسم سواء النصف الأيمن أو الأيسر.
- شلل الجانبين diplegia ويعرف أيضاً بالشلل المزدوج وإن كانت الإصابة تلحق بالرجلين أكثر من اليدين.
- الشلل الرباعي quadriplegia ويصيب الأطراف الأربعة جميعهم.
- شلل الرجلين paraplegia ويصيب الرجلين فقط.

ومما لا شك فيه أن هناك العديد من المشكلات التي يمكن أن تصاحب الشلل الدماغي منها مشكلات في الحركة الإرادية من جانب الفرد، كما أنه من جانب آخر قد يكون مصحوباً بالشلل التشنجيspasticity أي بتصلب العضلات، والحركات الإرادية غير الصحيحة وغير الدقيقة. وهناك أنماط أخرى تتميز بالحركات اللاإرادية السريعة ووجود صعوبة في الحفاظ على التوازن وهي ما تعرف بالحركات أو العضلات الكنعانية الرقاصة choreoathetoid movements التي تتسم بالحركة السريعة والوهن أو الضعف. ومع ذلك فإن بعض

الأفراد قد يتعرضون لخليط من أنماط متباينة من الشلل الدماغي أي لأكثر من نمط واحد منه. وتتمثل النقطة الهامة التي تتعلق بالشلل الدماغي في أن التلف الذي يتعرض المخ له يؤثر سلباً على قوة الفرد عامة وعلى قدرته على أن يقوم بتحريك أجزاء معينة من جسمه بصورة طبيعية. ومن المعروف أن صعوبة الحركة قد تتضمن الأطراف بالإضافة إلى تلك العضلات التي تستخدم في سبيل التحكم في التعبيرات الوجهية المختلفة وفي الحديث. ونتيجة لذلك فإن الشخص الذي يعاني من الشلل الدماغي قد يجد صعوبة في التحرك أو الكلام، أو قد يبدي التواء في قسمات الوجه أو هراء وهذيان. ومع ذلك فإن تلك النتائج التي تترتب على تلف المخ كعدم القدرة على التحكم في العضلات على سبيل المثال لا تعني بالضرورة وجود آثار سلبية على مستوى ذكاء الفرد أو حساسيته الانفعالية.

الإعاقات المصاحبة والتطبيقات التربوية: أوضحت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد خلال العقود القليلة الماضية كما يرى كابوتي وأكاردو (Capute 1996 b &Accardo)وهيلر وآخرون (Heller et.al. (1996 أن الشلل الدماغي يعد بمثبة إعاقة نمائية أو تطورية تعتبر إعاقة متعددة أكثر تعقيداً من مجرد كونها إعاقة حركية فقط. وفضلاً عن ذلك فعندما يتعرض المخ لبعض التلف فإن ذلك يؤثر سلباً على القدرات الحسية للفرد، والوظائف المعرفية التي يمكنه أن يقوم بها أو يؤديها، واستجاباته الانفعالية إضافة إلى أدائه الحركي. كما كشفت نتائج تلك الدراسات أيضاً عن وجود نسبة مرتفعة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون كذلك من الإعاقة السمعية، أو البصرية، أو اضطراب الإدراك، أو مشكلات التخاطب، أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو التخلف العقلي، أو خليط يضم أكثر من نمط واحد من هذه الإعاقات، أو الإعاقة الحركية. ومن أهم ما يتسم به مثل هؤلاء الأطفال الهراء أو الهذيان drooling والتواء قسمات الوجه.

ومن جانب آخر فإن بعض الأفراد الذين يعانون من الشلل الدماغي قد يتميزون بقدرتهم العقلية العادية أو ذات المستوى فوق المتوسط، بل إن القليل منهم قد يصل مستوى ذكائهم إلى حد الموهبة. ويرى البعض أن المستوى المتوسط من الذكاء الذي يميز هؤلاء الأطفال إنما يقل في الغالب عن ذلك المستوى المتوسط الذي يميز الأفراد العاديين بمعنى أنهم يقلون في الدرجة عن الأفراد العاديين حيث عادة ما يكون هؤلاء الأطفال في بداية المستوى المتوسط. ورغم ذلك فإننا يجب أن نكون حذرين عند تفسير تلك النتائج التي يمكن أن يحصل عليها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي في اختبارات الذكاء أو الاختبارات التحصيلية لأن معظم اختبارات الذكاء المقننة والاختبارات التحصيلية المعيارية قد لا تتناسب مع بعض الأفراد الذين يعانون من صعوبات معينة في الإدراك، أو الحركة، أو سرعة الاستجابة. وفضلاً عن ذلك فإن

مشكلات الحركة التي تميز الأطفال المصابين بالشلل الدماغي قد تتضح بدرجة أكثر في حالة الإثارة الانفعالية أو الضغوط وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يعقد من استخدام إجراءات الاختبار العادية التي تعمل على الإثارة الانفعالية، وتمثل ضغطاً على الفرد في ذات الوقت.

وجدير بالذكر أن تلك المشكلات التربوية التي يعاني منها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي تعتبر متعددة الوجوه كتلك الإعاقات التي يعانون منها وهو الأمر الذي يجعل من الضروري توفير أجهزة معينة لهم واللجوء إلى إجراءات معينة عند التعامل معهم نظراً لمعاناتهم من إعاقات جسمية. كما أنها تتطلب في ذات الوقت أن نلجأ إلى نفس الإجراءات التربوية الخاصة والأجهزة التي تستخدم في سبيل تعليم الأطفال المعوقين بصرياً، أو سمعياً، أو الذين يعانون من اضطرابات التواصل، أو من صعوبات التعلم، أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو التخلف العقلي. وفضلاً عن ذلك ينبغي أن يكون هناك تقييماً مستمراً لقدرات الفرد، والتعرف على كل ما تتعرض له من تغيرات إيجابية أو سلبية. كذلك فإن تعليم أولئك الأطفال يتطلب الكفاءة في مجالات عديدة من التربية الخاصة إلى جانب الخبرة في تناول الإعاقات المختلفة والتعامل معها.

اضطراب التشنج (الصرع) : Seizure Disorder (epilepsy)

يتم تشخيص الفرد على أنه يعاني من نوبة تشنج عندما يحدث تفريغ غير عادي للشحنات الكهربية الموجودة في خلايا معينة بالمخ لا يلبث أن يمتد إلى الخلايا المجاورة. وقد تصل النتيجة إلى فقد الوعي، أو صدور بعض الحركات اللاإرادية، أو حدوث بعض الظواهر الحسية غير العادية. كذلك فإن آثار نوبة التشنج تتوقف على موقع تلك الخلايا التي بدأ منها تفريغ الشحنات الكهربية وإلى أي مدى امتد هذا التفريغ.

ويتعرض أولئك الأفراد الذين يعانون من الصرع epilepsy كما يرى إنجل Engel(1995) لنوبات تشنج متكررة. ومع أن الإحصاءات تؤكد أن حوالي 6% تقريباً من عامة الناس يتعرضون لنوبة تشنج في وقت ما خلال مضمار حياتهم فإنه لا يتم تشخيص معظمهم على أنهم يعانون من الصرع نظراً لأنهم لم يتعرضوا لنوبات تشنج متكررة. هذا وتعكس نوبات التشنج كما يرى بيجي وآخرون Bigge et.al. (2001) وفايننج وفريمان Vining & (1996) Freeman وكولتر Coulter (1993) حدوث نشاط غير عادي للمخ، وبالتالي فهي غالباً ما تحدث لأولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية كالتخلف العقلي، أو الشلل الدماغي وذلك قياساً بالأطفال غير المعوقين.

الأسباب والأنماط : يمكن أن يحدث التشنج إذا ما حدث أي تلف للمخ. ويرى أفولي

وآخرون (2001) .Avoli et.al أنه مع تطور استخدام الأشعة للمخ ودراسات بيولوجيا الجزيئات أدرك العلماء بشكل أفضل تلك العوامل المساعدة على حدوث الصرع. وتتضمن أهم الأسباب الشائعة والمباشرة للصرع ما يلي:

1- نقص الأكسجين .

2- نقص كمية السكر في الدم .

3- العدوى .

4- الصدمات الجسمية.

ومن شأن هذه الأسباب أو الحالات أن تعمل على زيادة احتمالات حدوث ردود أفعال نيوروكيميائية في خلايا المخ. ومع ذلك فإن أهم الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث نوبة التشنج لا تكون معروفة في معظم الحالات. ومن المعروف كما يذهب جيرفين (1992)Girvin أن بعض أنماط التشنجات تعد تطورية أي أنها قد تتلف المخ أو تحول دون قيامه بالأداء الوظيفي العادي حيث يؤدي حدوث نوبة تشنج إلى حدوث نوبة أخرى، وهكذا. وحتى إذا لم يكن سبب التشنج معلوماً بشكل جيد فإنه من المهم أن نلاحظ أنه مع استخدام العلاج الطبي الملائم يمكن السيطرة على العديد من هذه النوبات.

هذا وقد تأخذ نوبات التشنج عدة أشكال، وتعتبر أفضل الطرق لتشخيص مثل هذه النوبات كما يرى بارا وآخرون (2001) .Parra et.al محل جدل كبير بين أطباء الأعصاب. وينبغي أن يلاحظ المعلمون أن نوبات التشنج قد تختلف بدرجة كبيرة وذلك وفقاً للأبعاد التالية على الأقل:

1- **مدة الدوام:** أنها قد تمتد لعدة ثوان فقط، وربما تمتد لبضع دقائق.

2- **التكرار:** أنها قد تحدث بشكل متكرر كأن يكون كل بضع دقائق مثلاً أو حوالي مرة واحدة في العام.

3- **البداية** : قد تحدث مثل هذه النوبات بسبب بعض المثيرات المحددة أو التي لا ترتبط بالبيئة، وقد تكون غير متوقعة كلية أو قد يسبقها إحساسات داخلية معينة .

4- **الحركات** : أنها قد تؤدي إلى حدوث حركات تشنجية كبرى، أو قد تؤدي فقط إلى بعض الأعراض الحركية البسيطة أو الصغرى كالرمش بالعين على نحو متكرر أو مختلج.

5- **الأسباب:** أن تلك النوبات قد ترجع إلى مجموعة من الحالات تضم الحمى، والتسمم،

والصدمات، وغيرها من الحالات الأخرى التي أشرنا إليها من قبل، إلا أن ذلك السبب الذي يؤدي إليها لا يكون معروفاً في أغلب الحالات.

6- **الإعاقات المرتبطة بها :** قد ترتبط هذه النوبات ببعض الإعاقات الأخرى وتتزامن معها، وقد لا ترتبط بأي إعاقة أو مشكلة صحية أخرى.

7- **السيطرة عليها :** يمكن السيطرة التامة على تلك التشنجات باستخدام بعض العقاقير الطبية، وبالتالي لا يتعرض الفرد لحالات تشنج أخرى، وقد لا يتم السيطرة عليها سوى جزئياً فقط.

التطبيقات التربوية: من الجدير بالذكر أن حوالي نصف عدد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التشنج أو النوبات التشنجية يتمتعون بمستوى ذكاء متوسط أو حتى مرتفع، ومن ثم يصبح مثلهم في ذلك مثل أقرانهم العاديين. ومن بين هؤلاء الأطفال وخصوصاً من لا يعانون منهم من التخلف العقلي نلاحظ مع بيساج Besag (1995) حدوث صعوبات التعلم بمعدل أعلى من العادي. وعلى الرغم من أن معظم من يعانون من التشنجات يعانون في ذات الوقت من إعاقات أخرى فإن بعضهم لا يعاني من أي إعاقات أخرى. وبذلك فإننا نتوقع كما يشير شبيجل وآخرون Spiegel et.al. (1996) أن يقوم كل من معلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام بالتعامل مع هؤلاء الأطفال وتعليمهم. ولذلك فإن هؤلاء المعلمين يجب أن يلموا بالنصائح الطبية التي تمكنهم من التعامل معهم، كما يجب عليهم أيضاً أن يتعرفوا على الإسعافات الأولية اللازمة للتعامل مع النوبات الصرعية والتي تتمثل في الإجراءات التالية :

1- الهدوء عند حدوث النوبة وعدم الانزعاج نظراً لأننا لن نتمكن من إيقاف تطورها بمجرد حدوثها، ولذلك فعليه أن يترك الطفل ولا يحاول إفاقته بل يعمل على أن يضمن له الأمان من المخاطر فقط.

2- إذا كان الطفل واقفاً يصبح عليه أن يساعده في الاستلقاء على الأرض، وأن يفك أزرار ملابسه له.

3- أن يحاول منع الطفل من القيام بضرب رأسه أو جسمه في أي أجسام صلبة أو حادة أو ساخنة، ولكنه لا يجب أن يحاول مطلقاً القيام بمنع حركته أو إعاقتها.

4- أن يقوم بتحريك وجه الطفل ليصبح على جانبه حتى يسمح للعاب أن ينساب خارج فمه.

5- ألا يضع أي شيء بين أسنان الطفل بالمرة.

6- ألا ينزعج إذا ما توقف تنفس الطفل مؤقتاً.

7- أن يقوم بعد توقف حركات الطفل ووصوله إلى الاسترخاء بالسماح له بالنوم أو الراحة إذا ما رغب في ذلك .

8- ليس من الضروري استدعاء الطبيب ما لم يتل تلك النوبة نوبة أخرى، أو إذا ما استمرت النوبة لأكثر من عشر دقائق.

9- أن يقوم بإخبار والدي الطفل بأن النوبة قد بدأت بالنسبة للطفل.

10- يمكن أن يستمر بعض الأفراد بعد انقضاء النوبة كما كانوا قبل حدوثها، أما إذا ما بدأ الطفل بعد حصوله على استراحة عقب انتهاء النوبة مترنحاً أو مشوشاً أو ضعيفاً يصبح من الأفضل في مثل هذه الحالة أن يتم اصطحابه إلى المنزل .

وعلى هذا الأساس فإن عدم إلمام المعلم بالصرع وما يمكن أن يؤدي إليه من أسباب يعد من أهم المفاهيم الخاطئة التي تتعلق بذلك الاضطراب كما يرى جوفيار وآخرون Gouvier et.al. . (1995) ومن جانب آخر إذا كانت التشنجات تعتبر في أساسها مشكلة صحية أو طبية فإنها تتطلب من هذا المنطلق رعاية طبية مناسبة. ومن ثم يصبح على المربين عامة أن يتعاملوا مع مثل هذه المشكلة وفق الأساليب التالية :

1- أن يتخلص معلمو التربية الخاصة ومعلمو التعليم العام وفقاً لما يراه شبيجل وآخرون Spiegel et.al. (1996) من الجهل بالتشنجات وأسبابها، ومن المفاهيم الخرافية التي تتعلق بها، ومن التحيز ضد أولئك الأطفال الذين يعانون منها، وأن يعملوا على توفير التناول الهادئ للنوبة التي تحدث للطفل بين حين وآخر أثناء وجوده بالمدرسة .

2- أن معلمي التربية الخاصة الذين يتعاملون مع تلاميذ يعانون من تخلف عقلي شديد أو الذين يقومون بتعليم أطفال يعانون من إعاقات نمائية شديدة أخرى يحتاجون إلى إعدادهم كي يتمكنوا من تناول العديد من النوبات المتكررة بالإضافة إلى تناول مشكلات التعليم التي يمكن أن تصاحبها. ومن جانب آخر يجب أن يقوم المعلم بتسجيل طول المدة التي تستغرقها النوبة بالنسبة للطفل، ونوع النشاط الذي كان يقوم الطفل بممارسته قبل أن تحدث النوبة حيث أن مثل هذه المعلومات لها أهميتها بالنسبة للطبيب إذ تساعده في التشخيص والعلاج. وإذا ما كان الطفل يخضع للعلاج من أحد الاضطرابات التشنجية كما يرى بيجي وآخرون Bigge(2000) et.al. يصبح على المعلم في مثل هذه الحالة أن يعرف نوع الدواء الذي يتعاطاه الطفل، وما يمكن أن يترتب عليه من آثار جانبية.

ومما لا شك فيه أن بعض الأطفال الذين لا يعانون من التخلف العقلي ولكنهم يعانون من

التشنجات كما يشير مايكل (1995) Michael يبدون صعوبات تعلم ومشكلات سلوكية. وقد تنتج مثل هذه المشكلات عن ذلك التلف الذي يصيب المخ والذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث إعاقات أخرى أيضاً، أو أنها من ناحية أخرى قد تكون بمثابة آثار جانبية لعقاقير مضادة للتشنجات anticonvulsant أو نتيجة لسوء معاملة الوالدين والمعلمين. وهنا يجب أن يدرك المعلمون كما يشير مكارثي وآخرون (1995)McCarthy et.al أن التشنجات مهما كان نوعها قد تعوق انتباه الطفل أو تحول دونه، أو أنها قد تحول دون مواصلته للتعليم حيث ينقطع عنه ولا يستكمله. هذا وقد تتطلب النوبات البسيطة أن يقوم المعلم بمراجعة تلك التعليمات التي يقدمها للأطفال، وأن يسمح لهم بمزيد من الوقت حتى يتمكنوا من الاستجابة، أما التشنجات الكبرى أو الشديدة فإنها قد تمنع الأطفال حتى الأذكياء منهم عن التحصيل بالمعدل المعتاد أي الذي يتفق مع نسبة ذكائهم.

ومع أن العديد من الأطفال الذين يعانون من الصرع يواجهون بعض مشكلات التعلم أو قد لا يواجهون أياً من هذه المشكلات على الإطلاق فإن بعضهم الآخر مع ذلك قد يعانون بالفعل من صعوبات التعلم. كما أن معظمهم غالباً ما يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية أكثر من أقرانهم الذين لا يعانون من الصرع وهو ما يعتبر أمراً واقعياً في مثل هذا الصدد . هذا وقد قامت مجلة اضطراب الصرع Epilepsiaالتي تصدر في الأساس عن الرابطة الدولية لمكافحة الصرع The International League Against Epilepsy بتخصيص عدد خاص بأكمله كما يشير أيالا وآخرون (2001).Ayala et.al لصعوبات التعلم. ويضيف هيلر وآخرون(1996) .Heller et.al أن أولئك الأطفال الذين يعانون من الصرع عادة ما يواجهون مشكلات عديدة في المدرسة، ومع ذلك فإن توافقهم للمدرسة يمكن أن يتحسن بشكل كبير إذا ما تم تقييمهم بشكل مناسب، وتم تسكينهم في المكان الملائم، وتم تقديم الإرشاد المناسب لهم، وأدرك المعلمون طبيعة تلك التشنجات وأسبابها وكيفية التعامل معها، وقاموا بإعطاء هؤلاء التلاميذ ما يناسبهم من الواجبات المنزلية.

انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي

من الجدير بالذكر أن التلف العصبي أو النيورولوجي قد يصيب الحبل الشوكي فقط، وبالتالي لا يتأثر المخ به. وقد تحدث إصابة الحبل الشوكي قبل أو بعد الولادة، وتؤثر بالطبع في قدرة الفرد على الحركة أو السيطرة على الوظائف الجسمية المختلفة التي تلي موضع الإصابة والتحكم فيها. ومن الملاحظ خلال فترة النمو المبكر للجنين أن نصفي الجنينthe two halves of the embryo ينموان أو ينصهران عند الوسط. وإذا لم يحدث هذا الانصهار بشكل جيد فإنه عادة ما يرجع إلى قصور وراثي ينتاب الوسط. ومن أمثلة هذا القصور في

الوسط انشقاق النخاع **spina bifida** الذي يعد بمثابة قصور وراثي في الوسط ينشأ عن عدم تمكن عظام العمود الفقري من الإقفال أو الالتحام بإحكام خلال مرحلة نمو الجنين. ويمكن أن يحدث ذلك القصور في أي مكان وذلك في المنطقة التي تمتد من الرأس إلى الطرف السفلي للعمود الفقري. ونظراً لأن العمود الفقري لا يكون قد تم إقفاله بعد فإن الحبل الشوكي (الألياف العصبية) قد يشكل بروزاً أو نتوءاً مما يؤدي إلى تلف الأعصاب، والشلل، وعدم القدرة على القيام بأي أداء وظيفي أو إحساس أسفل تلك المنطقة التي تشهد وجود القصور فيها.

وغالباً ما يكون انشقاق النخاع مصحوباً بشلل في الرجلين وفي العضلتين العاصرتين بكل من الشرج والمثانة نظراً لأن الحفزات العصبية لا يمكنها أن تصل إلى أبعد من مكان القصور. ويمكن عن طريق الجراحة التي يتم إجراؤها خلال بدايات مرحلة المهد أن نقوم بإغلاق تلك الفتحة الموجودة بالحبل الشوكي، ولكن ذلك لن يؤدي مطلقاً إلى إصلاح هذا التلف الذي يكون قد لحق بالأعصاب. ورغم أن انشقاق النخاع يعد فيما يتعلق بشيوعه أو انتشاره هو أحد أكثر أنماط القصور الولادية التي تؤدي إلى الإعاقة الجسمية فإن تلك الأسباب المختلفة التي يمكن لها أن تؤدي إليه لا تزال غير معروفة حتى وقتنا الراهن.

وهناك سبب أساسي آخر للشلل يتمثل في إصابات الحبل الشوكي التي تنتج عن الحوادث وذلك بعد الولادة بطبيعة الحال. إلا أن الفرق الرئيسي أو الجوهري بين كل من انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي يتمثل في أن ذلك الفرد الذي يتعرض في أي وقت بعد ميلاده لمثل هذه الإصابة يمر في الواقع بفترة نمو طبيعي، أي أنه يكون عادياً عند مولده حتى يتعرض لتلك الإصابة، وأنه بالتالي يجب أن يتواءم مع هذه الإعاقة المكتسبة.

التطبيقات التربوية: يعتمد مستوى حدة الشلل الناتج عن إصابة الحبل الشوكي كما يشير كل من بارتونيك وساراست Bartonek & Saraste (2001) على مدى ارتفاع أو انخفاض تلك الإصابة على العمود الفقري، ومن ثم فإننا نجد من هذا المنطلق أن بإمكان بعض الأطفال الذين يعانون من إصابات مختلفة في الحبل الشوكي أن يقوموا بالسير بصورة مستقلة، أما بعضهم الآخر فيعدون في حاجة إلى سنادات، في حين يضطر البعض الآخر إلى استخدام الكراسي المتحركة. ومن جانب آخر فإن قصور الإحساس ونقص القدرة على التحكم في الوظائف الجسمية المختلفة أيضاً سوف تتوقف على طبيعة الإصابة. ومن هنا فإن التطبيقات التربوية لذلك تتنوع وتتباين بدرجة كبيرة. ومع ذلك فهناك عوامل أخرى غير ضعف العضلات أو الشلل فقط تؤثر في قدرة الطفل على المشي. وبذلك فإن التحليل الدقيق للدافعية والمحفزات البيئية الأخرى على المشي يعد أمراً غاية في الأهمية.

ومن ناحية أخرى فإن بعض الأطفال يعانون من مشكلات طبية أو صحية حادة يمكن أن تؤدي إلى إيداعهم المستشفى بشكل متكرر لإجراء جراحة لهم أو لعلاجهم من تلك الإصابات التي تلحق بهم. كما أن قصور الإحساس في مناطق معينة من الجلد بالنسبة لهم قد يزيد من مخاطر تعرضهم للحروق، والسحجات، والقرح وهو الأمر الذي يجعل الطفل في حاجة إلى أن يوضع في مكانه بعناية لفترات دورية خلال اليوم الدراسي، وأن تتم ملاحظته بكل دقة أثناء قيامه ببعض الأنشطة التي يمكن أن يتعرض خلالها لمخاطر الإصابة.

ونظراً لأن الطفل الذي يعاني من انشقاق النخاع يعاني أيضاً من قصور في الإحساس أسفل مكان الإصابة فإنه قد يواجه بعض المشكلات النوعية في التوجه المكاني، والأحكام المكانية، وإدراك الحركة والمسافة، وتنظيم المهارات الحركية، وصورة الجسم أو إدراك الجسم والوعي به. ومن جهة أخرى فإن نقص القدرة على التحكم في الأحشاء والمثانة من جانب بعض الأطفال يجعلهم في حاجة من جراء ذلك إلى اللجوء لعملية قسطرة بالنسبة لهم وذلك بصفة دورية. ويمكن للعديد من الأطفال أن يتعلموا القيام بذلك الإجراء المعروف بالقسطرة المتقطعة بأنفسهم، إلا أنه ينبغي على المعلمين في تلك الحالة أن يدركوا ما يجب عليهم القيام به، أو الحصول على المساعدة من الممرضة الموجودة بالمدرسة.

اضطراب أحد الأعضاء أو الاضطرابات العضلية الهيكلية

Orthopedic and Muscnloskeletal Disorders

يعتبر بعض الأطفال الذين يعانون من قصور أو أمراض في عضلاتهم أو عظامهم من المعوقين جسمياً. ومن الملاحظ أنه رغم عدم وجود إعاقات نيورولوجية لدى هؤلاء الأطفال فإن قدرتهم على الحركة تتأثر سلباً حيث نجدهم يعانون معظم الوقت من مشكلات عضلية وهيكلية تتضمن الرجلين، والذراعين، والمفاصل، أو العمود الفقري تجعل من الصعب أو من المستحيل بالنسبة لهم أن يقوموا بالمشي، أو القيام، أو الجلوس، أو استخدام اليدين. وقد تكون مثل هذه المشكلات وراثية أو مكتسبة تحدث بعد ولادتهم. وقد تتضمن تلك الأسباب التي تؤدي إليها أوجه قصور جينية أو وراثية، أو الأمراض المعدية، أو الحوادث، أو الاضطرابات النمائية.

وهناك نمطان يعدان من أكثر الحالات العضلية الهيكلية شيوعاً يؤثران على كل من الأطفال والمراهقين أو حتى الراشدين هما :

1- الضمور العضلي muscular dystrophy.

2- التهاب مفاصل الأحداث الروماتويدي juvenile rheumatoid arthritis.

ويعتبر الضمور العضلي مرضاً وراثياً يتسم بالضعف التطوري الذي ينتج عن ضمور الألياف العضلية. ولا يزال الميكانيزم البيولوجي المحدد المسئول عن هذا المرض غير معروف، ومن ثم فلن يكون مستغرباً ألا يوجد أي علاج فعال له في وقتنا الراهن. أما التهاب المفاصل الروماتويدي للأحداث فهو مرض موهن يؤثر سلباً على كل من العضلات والمفاصل. وفضلاً عن ذلك فإننا لا نعرف له هو الآخر سبباً محدداً حتى الآن، كما لا يوجد له علاج محدد أيضاً. ويمكن أن تكون تلك الحالة مؤلمة للغاية، وأحياناً ما تصاحبها تعقيدات عدة منها الحمى، ومشكلات الجهاز التنفسي، ومشكلات القلب، وإصابات العين. هذا ويوجد عامل معقد بين الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الجسمية مثل الشلل الدماغي يتمثل في التهاب المفاصل حيث يؤثر سلباً على مفاصلهم، ويحد من حركتهم. ويمكن لمثل هذه الحالات المرضية وغيرها أن تؤثر سلباً على تطور الطفل اجتماعياً وتقدمه أكاديمياً في المدرسة.

وهناك مجموعة أخرى من الحالات الوراثية، وأوجه القصور المكتسبة، والأمراض التي يمكنها أن تؤثر أيضاً على الجهاز العضلي الهيكلي كما يشير بيجي وآخرون Bigge(2001) et.al. وهيلر وآخرون Heller et.al.(1996) مثل ذلك الانحناء أو الانثناء أو التقوس الذي يصيب العمود الفقري والذي يعرف بالجنف scoliosis أو عدم وجود أحد الأطراف، أو التكوين غير الملائم لها malformed. و من المعروف في كل هذه الحالات إضافة إلى حالات الضمور العضلي والتهاب المفاصل أن معدل ذكاء الطفل لا يتأثر بها ما لم تكن هناك إعاقات إضافية مصاحبة. أما فيما يتعلق بالمشكلة العضلية الهيكلية في حد ذاتها فإن التربية الخاصة تعتبر ضرورية فقط حتى نتمكن من تحسين مستوى قدرة الطفل على الحركة، وتحديد الوضع الصحيح له الذي يجب أن نضعه عليه، وتوفير التعليم خلال تلك الفترات التي يتم إيداعه المستشفى فيها أو يكون موجوداً بالمنزل، والعمل على جعل الخبرات التربوية المقدمة له طبيعية بقدر الإمكان.

الحالات الأخرى التي تؤثر على صحة الفرد وقدراته الجسمية:

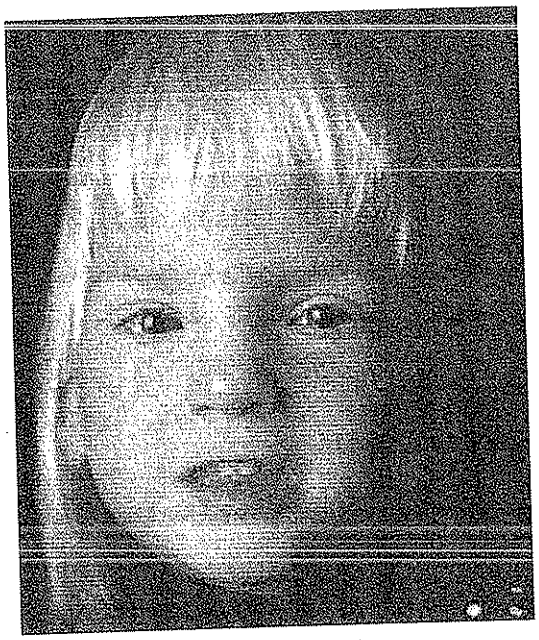
Other Conditions Affecting Health or physical Ability

توجد مصفوفة طويلة من الأمراض، والاضطرابات الفسيولوجية، والتكوينات الوراثية غير الملائمة، والإصابات يمكن أن تؤثر سلباً على صحة الطفل وقدراته الجسمية وتدفع به إلى أن يصير في حاجة إلى تلقي التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات. وإذا كان تصنيف هذه الحالات لا يمثل أي أهمية في هذا الصدد فإن معلمي التربية الخاصة يجب أن يفهموا رغم ذلك ما يمكن أن يصيب الطفل من إعاقات جسمية، والترتيبات اللازمة أو الضرورية لكل حالة

حتى يتمكنوا من توفير التربية الخاصة الملائمة لهم وما يمكن أن يرتبط بها من خدمات. ومن أهم هذه الحالات ما يلي:

الربو: يعد الربو بمثابة مرض رئوي يتسم بالتضخم العرضي أو سد الممرات الهوائية مما يجعل الفرد يجد صعوبة في التنفس. وعادة ما تكون هذه الصعوبة في التنفس قابلة للانعكاس أي أنها تستجيب للعلاج. ويمكن لحالات الربو الشديدة أن تلازم الفرد مدى حياته، وتؤدي في بعض الحالات إلى تضييق نطاق أنشطته. ويمكن أن تتحسن حالة الفرد أو تسوء وفقاً لمدى إدراك تلك الأسباب التي تؤدي إليه، أما عدم القدرة على توقع ما ستصير إليه الحالة فيجعل من الصعب علينا أن نتعامل معها.

التكوينات الوراثية الشاذة والاضطرابات: قد تنتاب التكوينات الوراثية الشاذة والاضطرابات أي جهاز عضوي، وقد تتراوح بين القصور البسيط إلى الفادح أو الشديد جداً سواء في التركيب البنيوي أو الأداء الوظيفي. وفي أغلب الحالات يكون سبب التكوينات الخاطئة أو الشاذةmalformation أو الاضطرابات عامة غير معروف، بينما يكون في بعضها الآخر معروفاً على أنه وراثي أو يرجع إلى عدوى تنتقل إلى الجنين من الأم، أو إلى تعاطي مادة معينة من جانب الأم أثناء فترة الحمل. ومن أمثلة ذلك متلازمة الأعراض التي يعاني منها الطفل والتي تنتج عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات وهي تلك المتلازمة التي تعرف بالأعراض الكحولية الجنينية fetal al-cohol syndrome FAS. وتعد هذه المتلازمة في الوقت الراهن كما يشير أركيبالد وآخرون Archibald(2001) et.al. من أكثر المتلازمات المرضية شيوعاً، وتتضمن شذوذاً تكوينياً وتخلفاً عقلياً، وتنتج في الأساس عن تعاطي الأم للكحوليات أثناء فترة الحمل. وتنتشر هذه المتلازمة على مستوى العالم بمعدل حالة واحدة لكل ألف حالة ولادة، كما أن انتشار



تؤدي متلازمة الأعراض الكحولية الجنينية التي تنتج عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات إلى تكوين وجهي فريد وأوجه شذوذ نمائية مختلفة

الاضطرابات الأخرى التي ترتبط بتعاطي الأم للكحوليات أثناء فترة الحمل يعتبر مشكلة خطيرة.

ومن المعروف أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال يموت كل عام بسبب الحوادث المتباينة، ويزيد هذا العدد عن عدد الأطفال الذين يموتون من جراء أمراض الطفولة المختلفة مجتمعة. كما أن هناك الملايين من الأطفال والمراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية يتعرضون سنوياً للإعاقات المؤقتة أو الدائمة أو الإصابات الخطيرة في الحوادث المختلفة. وهناك الكثيرون من بين هذا العدد الضخم لا يتعرضون لإصابات المخ الناتجة عن الصدمات ولكنهم يتعرضون لإصابات الحبل الشوكي تلك الإصابات التي يكون من شأنها أن تؤدي بهم إلى الشلل الكلي أو الجزئي أسفل مكان الإصابة. وفضلاً عن ذلك فهناك الكثيرون غيرهم يعانون من عمليات البتر المختلفة، أو من العجز المؤقت الذي ينتج على أثر انكسار أطرافهم، أو من الإصابات المتباينة التي يتعرضون لها.

متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز): غالباً ما يتم النظر إلى هذه المتلازمة على أنها مرض يصيب الأجنة. ومع ذلك فإن أولئك الأطفال الذين يعانون من الإيدز غالباً ما يعانون من مشكلات نيورولوجية أيضاً تتضمن التخلف العقلي، والشلل الدماغي، والتشنجات، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية. هذا وينشأ الإيدز acquired immune dficiency syndrome AIDS من جراء فيروس نقص المناعة الإنسانية human immune deficiency virus HIV الذي ينتقل عن طريق العديد من الأساليب وإن كانت الأساليب الأولية لانتقاله تتمثل في الاتصال الجنسي. ويشير روجرز(2001) Rogers إلى أن العديد من الحالات الجديدة التي تم الإبلاغ عنها إنما تتركز في جماعات الأقليات، كما أن ثلاثة أرباع الإصابات الجديدة تتركز في المجموعة العمرية 13-19 سنة وهو ما يعني أن الإصابة بهذا الفيروس بين المراهقين الأمريكيين لم تنل ذلك الاهتمام الذي تستحقه على مدى السنوات الماضية.

ونظراً للتحسن الذي تشهده الخدمات الطبية المختلفة التي يتم تقديمها للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الإيدز أو الاضطرابات الفيروسية أو البكتيرية الأخرى كما يشير أينزا Ainsa (2000)وليرنر وآخرون Lerner et.al.(1998) فقد طال متوسط أعمارهم وهو الأمر الذي أوجد هناك حاجة متزايدة للحصول على التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات مختلفة. وينبغي أن يعرف المعلمون أنه إذا ما تم إتباع الإجراءات المطلوبة لمنع حدوث مثل هذه الإصابات فلن يكون هناك اهتمام كبير بخصوص انتقال فيروس نقص المناعة الإنسانيةHIV بين الأطفال داخل الفصل.

إساءة استخدام الأم الحامل للمواد : Prevention of pysical Disabilities ذكرنا من

قبل أن متلازمة الأعراض الكحولية الجنينية FAS التي تنشأ عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات تؤدي إلى معاناة العديد من الأطفال من إعاقات مختلفة. كذلك فإن إساءة استخدام الأم الحامل للمواد الأخرى له آثاره السلبية على أطفالهن، فإذا ما كانت الأم الحامل ممن يسيئون استخدام المواد فسوف يصير هناك احتمال كبير لإهمال الطفل والإساءة إليه من جانبها. كما أن العديد من الأمهات اللواتي تتعاطين العقاقير عن طريق الحقن بالوريد لا يعرضن أطفالهن لمخاطر التلف الكيميائي فحسب نتيجة تغير بعض التراكيب الكيميائية لديهم، ولكنهم ينقلن إليهم بعض الأمراض التناسلية أيضاً مثل الزهري وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي بهم إلى الإعاقات المختلفة. ومع تزايد أعداد الأمهات اللائي يسئن استخدام المواد يزداد عدد الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الشديدة والمتعددة على أثر ذلك.

وعلى الرغم من وجود العديد من العوامل السببية التي يمكن أن تؤدي إلى مثل هذه الحالة فإن الآثار التي يمكن أن تترتب على التدخل المبكر بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يتعرضون قبل ولادتهم للعقاقير تعتبر أفضل مما كان ينظر الكثيرون إليها من قبل. ورغم أن النتائج التي يمكن أن تترتب على تعاطي الأم الحامل لأي عقار قد تكون خطيرة كما يشير لوكارت Lockhart (1998) فإن تلك الهستيريا التي شهدتها فترة الثمانينيات والتي تتعلق بالآثار الانعكاسية لتعاطي الكوكايين على الأطفال الرضع لم يكن لها ما يبررها حيث أن النتائج معروفة سلفاً. وقد يرجع ذلك أيضاً كما يشير ليرنر وآخرون Lerner et.al.(1998) وهيلر وآخرون Heller et.al. (1996) ولوكارت Lockhart (1996) إلى أن العديد من الأطفال الذين تعرضوا قبل ولادتهم للعقاقير سوف يتعرضون في طفولتهم بطبيعة الحال للعديد من الإعاقات النمائية حيث يكونون أكثر عرضة للتغير وهو الأمر الذي يعرضهم لقدر أكبر من العوامل التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى مثل هذه الإعاقات النمائية.

ويجب أن تتسم تلك البرامج التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يعانون من الوهن الصحي بالمرونة والمراجعة المستمرة. وتمثل خطط الرعاية الصحية اليومية وخطط الطوارئ أهمية كبيرة في هذا المضمار. كما يجب أن تهتم بتعليمه التواصل خاصة مع أولئك القائمين على رعايته وعلاجه وتعليمه والاهتمام به. أما عن القرارات التي تتعلق بتسكين مثل هؤلاء التلاميذ فينبغي أن يشارك فيها فريق متكامل يضم القائمين على رعاية الطفل والمعلمين والوالدين إلى جانب الطفل ذاته.

ومن الجدير بالذكر أن عدداً متزايداً من هؤلاء الأطفال يعود من المستشفى إلى المنزل وهو قادر على التنفس فقط وذلك بمساعدة الكمامة ventilator والتي تعد بمثابة وسيلة تدفع

بالأكسجين إلى الرئتين عن طريق أنبوب يتم وضعه في القصبة الهوائية. كذلك فإن العديد من هؤلاء الأطفال يعودون إلى المدرسة مرة أخرى وخاصة المدارس العامة، وأحياناً ما يعودون بمساعدة ممرضة توجد معهم طوال الوقت. إلا أن موضوع حضور أولئك الأطفال الذين يعتمدون على الكمامات بصفة أساسية إلى المدرسة قد شهد جدلاً كبيراً كما يرى هيلر وآخرون Heller et.al.(1996) وفي مثل هذه الحالات ينبغي على الوالدين والمعلمين أن يتخذوا القرارات معاً على أن تكون مثل هذه القرارات خاصة بكل حالة على حدة، وأن يوازنوا بين الاهتمام بوضع الطفل في فصل عام وقيامه ببعض الأنشطة المدرسية مع أقرانه بقدر الإمكان وبين حالته الصحية.

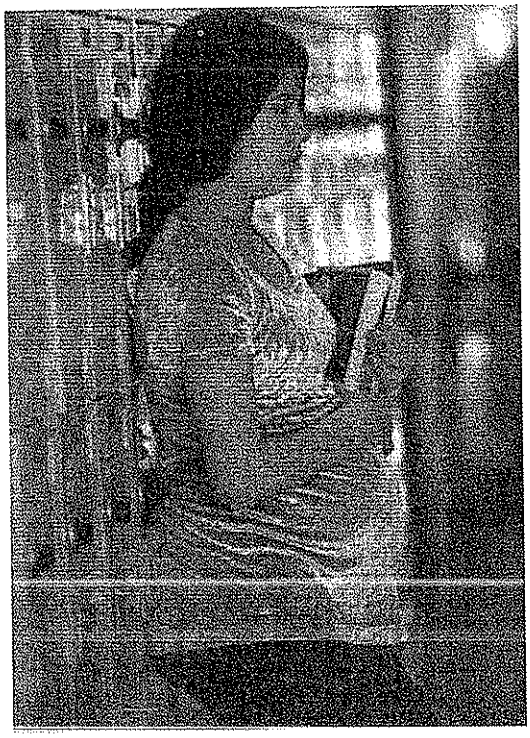
الوقاية من الإعاقات الجسمية

على الرغم من أن بعض الإعاقات الجسمية لا يمكن الوقاية منها باستخدام الوسائل المتاحة فإن بإمكاننا أن نسهم في الوقاية من غالبية تلك الإعاقات كما يرى هانسون Hanson (1996) باستخدام مثل هذه الوسائل. فعلى سبيل المثال نجد أن عدم ربط حزام الأمان الموجود في كراسي السيارة، وعدم اللجوء إلى أساليب الأمان الأخرى يعد مسئولاً في الواقع عن العديد من الإصابات التي تؤدي إلى الإعاقة. كذلك فإن قيادة السيارة تحت تأثير الكحول أو غيره من العقاقير، والإهمال في تخزين العقاقير والمواد السامة الأخرى، وتعاطي الكحوليات أو العقاقير الأخرى من جانب الأم الحامل، والقيام بالممارسات غير الصحية وغير الآمنة رغم أنها يمكن أن تؤدي إلى العديد من الإعاقات فإنه باستطاعتنا أن نتفادى حدوث كل هذه العوامل وهو ما يمكن أن يؤدي إلى عدم حدوث العديد من تلك الإعاقات.

ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للأمهات اللائي تحملن وهن لا تزال في مرحلة المراهقة وذلك قياساً بالأمهات اللائي تحملن في سن أكبر وفقاً لما تم تأكيده من جانب شيلتر نيوز Shelter News (2001) أن تلدن أطفالاً يعانون من الإعاقات الجسمية. كذلك فمن الأكثر احتمالاً بالنسبة للأمهات في مرحلة المراهقة قياساً بأقرانهم في سن أكبر كما يشير كاودين وفونكهاوزر Cowden &Funkhouser (2001) أن يلدن أطفالاً مبتسرين، وأطفالاً منخفضي الوزن عند ميلادهم. ويعتبر مثل هؤلاء الأطفال أثر عرضة لمخاطر مجموعة من المشكلات النفسية والجسمية المختلفة عندما يصلون إلى سن المدرسة.

ومن هذا المنطلق فإن الحد من حدوث الحمل أثناء مرحلة المراهقة أو منعه سوف يبتعد بالأطفال عن التعرض لولادتهم وهم يعانون من العديد من الإعاقات. ومما لا شك فيه أن سوء تغذية الأم الحامل، والعناية غير الملائمة التي تتوفر خلال مرحلة ما قبل الولادة يمكن أن

تؤدي إلى إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يسهم أيضاً في ولادة أطفال يعانون من بعض الإعاقات. أما بالنسبة للأطفال الأصغر سناً فإن التطعيم ضد أمراض الطفولة من شأنه أن يقلل من عدد الأطفال الذين يتعرضون لتلك الإعاقات.



من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقات الحوامل أن تلدن أطفالاً مبتسرين أو منخفضي الوزن مما يعرضهم لمشكلات تعلم عديدة عند وصولهم إلى سن المدرسة

وإذا كانت إساءة معاملة الطفل تعد عاملاً مساهماً ذا دلالة في حدوث الإعاقات الجسمية بالولايات المتحدة الأمريكية فإن منع حدوث مثل هذه الإساءة يعتبر مسألة على درجة كبيرة من الأهمية حيث نجد أن هناك عدة آلاف من هؤلاء الأطفال يتراوحون في السن بين المواليد الجدد وحتى المراهقين يتعرضون سنوياً لإساءة المعاملة. ويمكن أن يلعب المعلمون دوراً هاماً في هذا الصدد من خلال قيامهم بالكشف عن حالات إساءة معاملة الأطفال، وإهمالهم، والإبلاغ عنها، ومنع حدوثها نظراً لأنهم يعتبرون في الواقع هم أكثر الأفراد بعد الوالدين قضاء لكم كبير من الوقت بجانب هؤلاء الأطفال.

وجدير بالذكر أن الأطفال المعوقين جسمياً أو عقلياً أو انفعالياً يعدون في خطر كبير يعرضهم لإساءة المعاملة وذلك قياساً بأقرانهم غير المعوقين. ونظراً لأن الأطفال المعوقين يعتبرون أكثر اعتمادية وأكثر عرضة للإصابة الجسمية فإن الراشدين الذين يقومون بإساءة معاملتهم يجدون فيهم أهدافاً سهلة. وفضلاً عن ذلك فإن بعض خصائص الأطفال ذوي الإعاقات تعتبر مصادر إضافية للضغط بالنسبة للقائمين على رعايتهم، وقد تعد بمثابة عوامل مساهمة في حدوث إساءة المعاملة الجسمية. وفضلاً عن ذلك فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون قدراً أكبر من الوقت، والطاقة، والمال، والصبر قياساً بما يتطلبه أقرانهم غير المعوقين. وعلى هذا الأساس فإن تربية أي طفل من هذا القبيل تعتبر عملية ضاغطة حيث قد تتطلب عملية تنشئة طفل معوق أكثر مما يتم إعداد الوالدين لتوفيره له. ومن ثم فليس من المدهش أن نجد

أن الأطفال ذوي الإعاقات يتم تمثيلهم بشكل غير ملائم بين الأطفال الذين تساء معاملتهم وهو الأمر الذي يجعل هناك حاجة ماسة إلى تدريب والديهم على كيفية التعامل الأمثل معهم.

بعض الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين جسمياً

Psychological and Behavioral Characteristics

هناك العديد من الخصائص السيكلوجية والسلوكية التي تميز الأطفال المعوقين جسمياً والتي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند تخطيط البرامج التربوية الخاصة بهم، وعند تقديم التربية الخاصة لهم وما يرتبط بها من خدمات. ومن أهم هذه الخصائص ما يلي :

التحصيل الأكاديمي

من المستحيل أن نصل إلى تعميمات تتعلق بالتحصيل الأكاديمي للأطفال المعوقين جسمياً نظراً لأن فئة الإعاقات الجسمية تتباين في طبيعتها بدرجة كبيرة، كما أنها تتباين أيضاً في مستوى حدتها فضلاً عن أن المتغيرات السيكلوجية والبيئية التي تحدد ما سوف يقوم الطفل بتحصيله أكاديمياً تتباين هي الأخرى بدرجة كبيرة للغاية. ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن هؤلاء الأطفال يتغيبون كثيراً عن المدرسة بسبب حجزهم في المستشفى، أو التردد على الأطباء، أو لحاجتهم إلى الراحة في السرير بالمنزل، وما إلى ذلك. ومع هذا فإننا نجد أن بإمكان بعض هؤلاء الأطفال أن يتعلم بشكل عادي عن طريق استخدام طرق التدريس العادية في حين قد يتطلب بعضهم الآخر طرق تدريس خاصة نظراً لأنهم قد يعانون من التخلف العقلي أو الإعاقات الحسية بجانب الإعاقات الجسمية. وبسبب المقاطعات المتكررة التي يتعرضون لها ويخبرونها في تعليمهم المدرسي فإن بعضهم قد يتعرض لتأخر مستواهم الدراسي ومستوى تحصيلهم الأكاديمي كثيراً عن أقرانهم في مثل سنهم حتى وإن كان مستوى ذكائهم عادياً وكان لديهم قدر عادي من الدافعية للدراسة. وهناك تأثيران أساسيان للإعاقة الجسمية خاصة إذا كانت تلك الإعاقة حادة أو تستمر لمدة طويلة هما :

1- أنه قد يتم حرمان الطفل من الخبرات التربوية المختلفة .

2- أنه قد لا يكون بإمكان الطفل أن يتعلم تناول الأدوات التربوية المختلفة والتعامل معها والاستجابة للمهام التربوية بنفس الطريقة التي يستجيب بها معظم الأطفال.

ومما لا شك فيه أن بعض الأطفال الذين يعانون من مشكلات جسمية بسيطة أو انتقالية قد لا توجد لديهم أي أوجه قصور أكاديمية على الإطلاق في حين قد يعاني البعض الآخر من مشكلات حادة، كذلك فإن بعض التلاميذ الذين يعانون من مشكلات صحية خطيرة ومزمنة لا

يزال باستطاعتهم أن يحققوا مستوى مرتفعاً من التحصيل الأكاديمي. وعادة ما يتمتع الأطفال مرتفعو التحصيل بقدرة عقلية مرتفعة، وقدر كبير جداً من الدافعية، كما يقوم والدوهم ومعلموهم بتوفير المصادر الخاصة المختلفة اللازمة لتحقيق ذلك. أما الأطفال الذين يعانون من الإعاقات النيورولوجية فمن الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم كمجموعة أن يعانوا من أوجه قصور عقلية وإدراكية. وبالتالي يقلون في التحصيل الأكاديمي عن أقرانهم في نفس عمرهم الزمني.

خصائص الشخصية

لم تؤيد تلك النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا المجال كما يرى ليولين وتشونج Llewellyn & Chung (1997) فكرة وجود نمط شخصية معين أو مفهوم ذات معين يرتبط بأي إعاقة جسمية على وجه التحديد إذ أن الأطفال والمراهقين المعوقين جسمياً يتباينون في خصائصهم السيكلوجية كأقرانهم غير المعوقين، وأنهم عادة ما يستجيبون لنفس العوامل التي تؤثر على النمو النفسي للأطفال الآخرين. ويعتمد تكيف هؤلاء الأطفال لأوجه القصور الجسمية التي يعانون منها واستجابتهم للمواقف الاجتماعية بين الشخصية على تلك الكيفية التي يستجيب بها آباؤهم وأخوتهم ومعلموهم وأقرانهم والآخرون لهم. ويمكن أن نصنف تلك المؤثرات إلى نمطين أساسيين كما يلي :

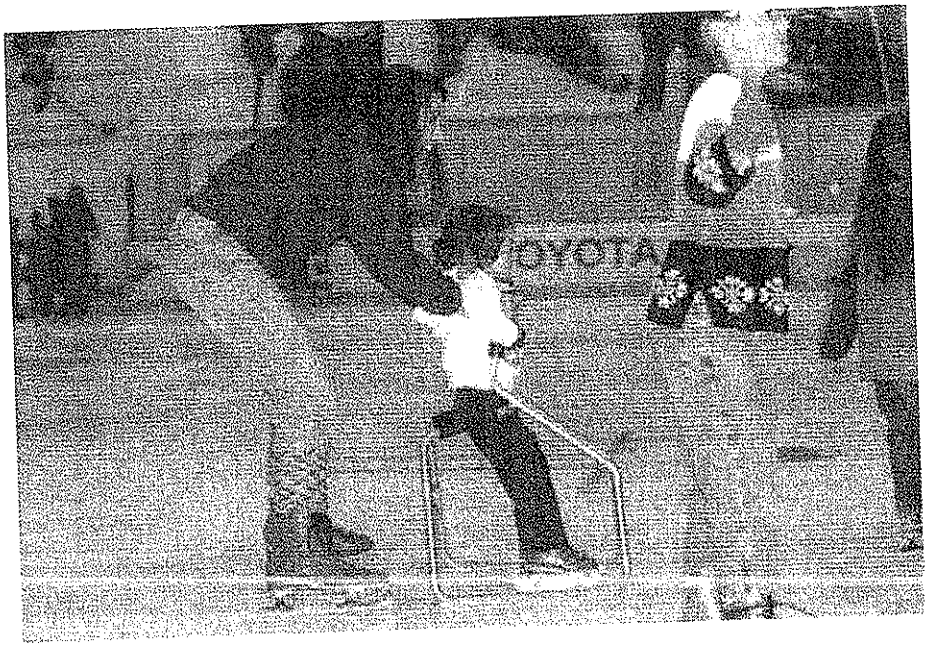
استجابات عامة الناس وردود فعلهم: يشير كلوس Closs (2000) إلى أن اتجاهات عامة الناس تؤثر بشدة على تلك الطريقة التي يرى بها الأطفال المعوقون جسمياً أنفسهم، وعلى فرصهم في تحقيق التوافق النفسي، والتعليم، والتشغيل. فإذا كان رد فعل الآخرين لهم هو الخوف منهم، أو رفضهم، أو يقوم على التمييز بين الطرفين فإنهم قد يبذلون جهوداً كبيرة حتى يتمكنوا من إخفاء الفروق بينهم وبين أقرانهم العاديين والتي يرونها على أنها وصمة بالنسبة لهم. أما إذا كان رد فعلهم هو الشفقة أو توقع العجز وقلة الحيلة فإن الأفراد المعوقين سوف يميلون إلى أن يسلكوا بطريقة اعتمادية. بينما إذا نظر الأطفال العاديون إلى الأطفال المعوقين جسمياً على أنهم أشخاص يعانون من أوجه قصور معينة ولكنهم مع ذلك يشبهون غيرهم من الأفراد فإن ذلك من شأنه أن يشجعهم على أن يصبحوا أعضاء في المجتمع يتسمون بالاستقلالية فضلاً عن الإنتاجية.

وهناك في واقع الأمر عوامل عديدة تعتبر مسئولة عن تقبل الآخرين للأفراد المعوقين جسمياً، فالجماعات المهنية والمدنية تشجع على تقديم المساندة لهم، وتقلل من خوفهم عن طريق تقديم المعلومات اللازمة لهم، وتوفير التعليم العام. كذلك فإن إصرار الحكومة على الحد من تلك الحواجز المعمارية التي يكون من شأنها أن تمنع المواطنين ذوي الإعاقات من

استخدام واستغلال الخدمات العامة تعمل في الواقع على الإقلال من التمييز. ومن جانب آخر فإن تلك البرامج التي تعمل على تشجيع استئجار العمال من ذوي الإعاقات يساعد عامة الناس في رؤية الأفراد المعوقين جسمياً على أنهم منتجين وقادرين على العمل. وفضلاً عن ذلك فإن القوانين التي تحمي حق كل طفل في الحصول على فرصته في التعليم العام قد جعلت هناك احتكاكاً بين العديد من الأفراد غير المعوقين مع أقرانهم الذين يعانون من الإعاقات الشديدة أو الحادة. ولكننا بلا شك نجد أنه لا يزال هناك العديد من الأطفال المعوقين جسمياً يتعرضون إلى أن يرفضهم الآخرون، ويخشونهم، ويشفقون عليهم، ويميزون بينهم وبين الآخرين حيث أنه كلما كانت الإعاقة الجسمية للفرد أكثر وضوحاً كان من الأكثر احتمالاً أن يدركه الآخرون سلبياً.

ومن ناحية أخرى فإن السياسة العامة التي تتعلق بالأطفال المعوقين جسمياً لم تلب احتياجات معظم هؤلاء الأطفال وأسرهم حيث أنه مع توفير الخدمات الطبية والعلاج الطبي اللازم ازداد متوسط عمر العديد من أولئك الأطفال الذين يعانون من أمراض شديدة أو مزمنة، أو الذين يعانون من إعاقات أخرى وهو الأمر الذي أضاف الكثير إلى تلك التعقيدات التي يعانون منها وخاصة فيما يتعلق بمن سيتحمل تكاليف العلاج، وزيادة الموارد المحددة، وأي الأسر هي التي يمكنها الاستفادة من تلك الموارد المحددة دون غيرها من الأسر وهي ما تمثل أموراً غاية في الأهمية في هذا المضمار.

استجابة الأطفال والأسر أو ردود فعلهم : كما أوضحنا سلفاً فإن ردود فعل الأطفال لإعاقاتهم الجسمية إنما تعتبر إلى حد كبير انعكاساً للكيفية التي يعاملهم الآخرون بها. فإذا كان الخجل والشعور بالذنب يعدان بمثابة استجابتين متعلمتين فإن هؤلاء الأطفال سوف يشعرون فقط بتلك المشاعر السلبية التي تتعلق بهاتين الاستجابتين إذا ما استجاب الآخرون لهم بالخجل منهم أو توجيه اللوم إليهم وذلك بسبب إعاقتهم الجسمية، وما يترتب عليها من اختلافهم جسمياً عن الآخرين. أما إذا ما تعلم هؤلاء الأطفال الاهتمام بحاجاتهم والعمل على إشباعها فإنهم دون شك سوف يتسمون بالاستقلالية والكفاءة الذاتية وذلك في حدود ما تسمح به إعاقاتهم الجسمية وذلك بدلاً من أن يصبحوا اعتماديين وكثيري المطالب. وإذا ما كان الآخرون من جانب آخر أمناء وواضحين في تقبل حالاتهم والثناء عليهم فإن ذلك من شأنه أن يساعدهم على تحقيق الإدراك الذاتي الواقعي لأنفسهم، وعلى تحديد أهداف واقعية لأنفسهم أيضاً.



يتوقف شعور الأطفال المعوقين جسمياً بإعاقتهم إلى حد كبير عليتك الطريقة التي يعاملهم الآخرون بها وعلى اتجاهاتهم نحوهم

ومع ذلك فإن هناك ردود فعل سيكلوجية معينة تعتبر حتمية بالنسبة للأطفال المعوقين جسمياً بغض النظر عن تلك الطريقة التي يعاملهم الآخرون بها حيث نجدهم يرغبون في أن يصبحوا غير معوقين، وأن يشاركوا في نفس الأنشطة كمعظم الأطفال في مثل سنهم، كذلك فإنهم يتخيلون أن تلك الإعاقة التي يعانون منها سوف تختفي مع مرور الوقت. إلا أنه مع تقديم المساعدة اللازمة للطفل وتشجيعه فإنه يتمكن في النهاية من تقبل إعاقته، وأن يحيا حياة سعيدة رغم ذلك حتى ولو عرف الطبيعة الحقيقية لحالته التي يعاني منها. ولا يخفى علينا أنه من المتوقع أيضاً أن يخبر ذلك الطفل الخوف والقلق حيث من الطبيعي بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يشعروا بالخوف عندما ينعزلون عن والديهم، أو يتم حجزهم بالمستشفى أو إيداعهم به، أو يتم إخضاعهم للفحص الطبي والإجراءات التي تعتبر مؤلمة بالنسبة لهم. ومع ذلك فإن التعامل الصحيح معهم حتى في مثل هذه المواقف يكون من شأنه أن يعاني من الضغوط الانفعالية التي يتعرضون لها. فالصدمة السيكلوجية على سبيل المثال لا يجب أن تكون بالضرورة نتيجة حتمية لحجز الطفل بالمستشفى أو إيداعه به إذ أن بيئة المستشفى قد تكون في واقع الأمر أفضل من بقاء الطفل بالمنزل خاصة في حالة إساءة المعاملة والإهمال التي قد يلقاهما في المنزل.

وهناك اعتبارات هامة أخرى بالنسبة للآثار السيكلوجية للإعاقة الجسمية تتضمن عمر الطفل، وطبيعة الإعاقة (أي ما إذا كانت تلك الإعاقة وراثية أم مكتسبة، أو ما إذا كانت تطورية أم لا). وحتى هذه العوامل لا تكون بطبيعة الحال ذات تأثير موحد حيث يشير ماجيل- إيفانز وآخرون (2001) .Magill-Evans et.al إلى أن الطفل الذي يعاني من إعاقة جسمية بسيطة نسبياً أو إعاقة قصيرة المدى قد يكون سيئ التوافق بدرجة كبيرة، وأكثر قلقاً، وأقل قدرة على القيام بأي مهام، وأكثر فوضوية قياساً بطفل آخر يعاني من مرض عضال وذلك بسبب تلك الطريقة التي يتم بموجبها إدارة سلوكيات ومشاعر ذلك الطفل. ومع هذا تبقى هناك حقيقة هامة مؤداها أن فهم مشاعر الطفل والأسرة عامة نحو الإعاقة يعد أمراً بالغ الأهمية في هذا الإار. ومن جهة أخرى فإن إدارة ما يترتب على سلوكيات الطفل من نتائج يعتبر عاملاً حاسماً في تعليمه وتأهيله. وإذا كانت مرحلة المراهقة تمثل وقتاً صعباً وحرجاً بالنسبة لمعظم الآباء فإن وجود إعاقة جسمية لدى المراهق لا يعني بالضرورة أن الأسرة سوف تجد أن فترة مراهقة ابنها تعد أكثر أو أقل صعوبة بالنسبة لكلا الطرفين.

وغني عن البيان أن الأسرة تلعب دوراً هاماً وحيوياً في سبيل تعليم طفلها المعوق جسمياً، وإذا ما كان ينبغي على الأسرة أن تقوم بتقديم المساندة اللازمة لتعليم مثل هذا الطفل فإنها إلى جانب كل من المدرسة والمجتمع الأكبر تعد ذات جذور ثقافية تعتبر في أساسها من المحددات الهامة لما يمكن أن يتعلمه الطفل المعوق جسمياً، والكيفية التي يتم هذا التعلم بموجبها وعن طريقها. وبذلك يكون من المهم أن نضع القيم الثقافية في اعتبارنا عند تعليم هؤلاء الأطفال ما يتعلق بالمناهج الأكاديمية إلى جانب ما يتعلق بإعاقتهم أيضاً.

الجراحة الترقيعية والأجهزة التعويضية والوسائل التكيفية للحياة اليومية

Prothetics, orthotics, and Adaptive Devices for Daily Living

يستخدم معظم الأفراد المعوقون جسمياً الجراحة الترقيعية prosthetics (أي إضافة عضو صناعي إلى الجسم البشري)، والأجهزة التعويضية orthotics، وغيرها من الوسائل التكيفية الأخرى كي تساعدهم على أداء وظائفهم اليومية بشكل أفضل. وتعد الجراحة الترقيعية هي تلك العملية التي يتم بموجبها الاستبدال الصناعي لجزء مفقود من الجسم البشري كاليد الصناعية أو الرجل الصناعية على سبيل المثال. أما الأجهزة التعويضية فتشير إلى تلك الوسائل التي تساعد على تحقيق الأداء الوظيفي الجزئي لجانب معين من الجسم، ومن أمثلتها الدعائم، والسنادات، أو أي وسيلة أخرى تسمح للفرد أن يقوم بأداء شيء ما. بينما نجد على الجانب الآخر أن الوسائل التكيفية للحياة اليومية adaptive devices for

daily living تتضمن في الواقع مجموعة من المواءمات التي يتم إدخالها على تلك الأشياء أو الأمور العادية الموجودة بالمنزل، أو المكتب، أو المدرسة كاستخدام الفرد وسيلة معينة كي تساعده على الاستحمام مثلاً، أو غسيل اليدين، أو المشي، أو ما إلى ذلك أي أنه يكون من شأنها أن تجعل أداء تلك المهام المطلوبة لرعاية الذات والتشغيل أسهل وأيسر بالنسبة للفرد المعوق جسمياً.

ومن أهم المبادئ التي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند التعامل في هذا الإطار استغلال الوظائف الباقية لدى الفرد، والبساطة، والثبات كأن تسهم عضلات الذراع مثلاً أو عضلات الكتف أو الظهر في تحريك اليد الصناعية على سبيل المثال. وقد يبدو ذلك وكأنه أمر معقد للغاية أو كثير المطالب بالنسبة للطفل الأصغر سناً الذي يفقد أحد طرفيه العلويين أو يعاني من تشوه معين في أحدهما. واعتماداً على العمر الزمني للطفل، وطول العضو المبتور، والوظيفة التي يمكن أن يؤديها ذلك العضو، والإعاقات الأخرى التي يعاني الطفل منها قد يكون استخدام مجموعة من الوسائل الصناعية عن طريق الجراحة الترقيعية أمراً مفيداً بالنسبة له. ويتوقف اختيار الوسائل الصناعية الأكثر فائدة للطفل على القيام بتقييم دقيق لحاجات كل طفل. فقد يتم تعليم الفرد الذي تبتر رجليه مثلاً أن يستخدم ذراعيه كي يتمكن من التحرك من مكان إلى آخر باستخدام الكرسي المتحرك، أو يتم تدريبه على استخدام جذعه أو ذراعيه كي يتحرك من مكان إلى آخر على رجليه الصناعيتين، وقد يستخدم العكازات أو العصا إلى جانب ذلك. وهذا يعني أنه يجب أن يتم تقييم قدرات كل فرد وتفضيلاته عند تصميم الوسائل الصناعية المناسبة له واستخدامها في الجراحة الترقيعية .

ومع ذلك تبقى هناك نقطتان هامتان تتعلقان بالجراحة الترقيعية والأجهزة التعويضية والوظائف الباقية يجب أن نضعهما في اعتبارنا هما :

1- أن الوظيفة الباقية غالباً ما تكون على درجة كبيرة من الأهمية حتى عندما لا نلجأ إلى الجراحة الترقيعية أو الأجهزة التعويضية أو الوسائل التكيفية المختلفة. فقد يكون من المهم بالنسبة لطفل يعاني من الشلل الدماغي على سبيل المثال أو من ضمور العضلات أن يتعلم استخدام أطرافه التي تكون قد تأثرت سلباً بذلك دون مساعدة أي جهاز خاص لأن استخدام مثل هذه الوظيفة الباقية residual function سوف يساعد هذا الطفل على أن يصبح أكثر استقلالاً، وقد يكون من شأنه أن يقيه من حدوث التدهور الجسمي، أو حتى يعطل حدوث ذلك ويؤجله لبعض الوقت. وفضلاً عن ذلك فقد يكون من الأكثر فائدة بالنسبة للطفل أن يتعلم ألا يعتمد كلية على الجراحة الترقيعية أو الأجهزة التعويضية طالما يكون بإمكانه أن يؤدي مهمة معينة دون اللجوء إلى أي منهما .

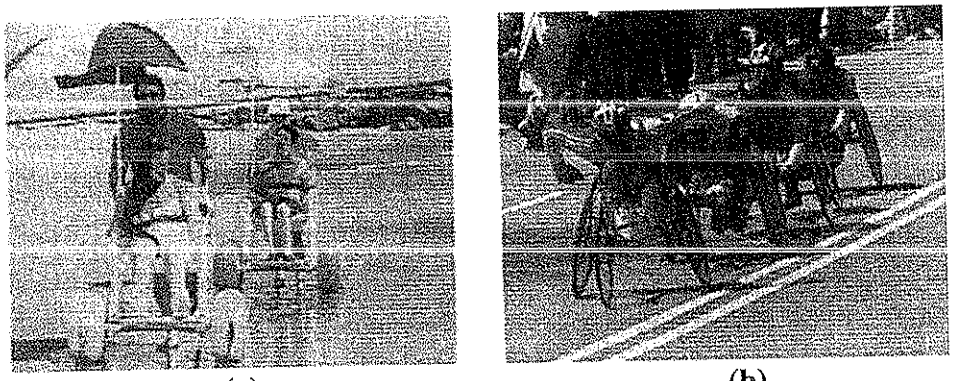
2- غالباً ما يكون للتطورات التكنولوجية معنى محدد للغاية فيما يتعلق بالحاجات المباشرة لغالبية الأفراد المعوقين جسمياً. فقد يستغرق الأمر سنوات طويلة قبل أن يتم اختبار جهاز تجريبي باهظ التكاليف، وقبل أن يتم طرحه في الأسواق بسعر يمكن أن يتحمله غالبية الأفراد، وقبل أن يتم توفير جهاز معين لمجموعة صغيرة فقط من الأفراد يعانون من حالة نادرة جداً. وعلى الرغم من أن جهازاً معيناً قد يوفر قدرة أكبر على المشاركة في الأنشطة العادية للأطفال فإن الأسعار الحالية لمثل هذه الأجهزة التكنولوجية تقف حائلاً أمام استخدامها بشكل عام. وبذلك ينبغي على المدى الزمني الطويل أن نقوم بتوفير الأعضاء الصناعية، والأجهزة التعويضية، وغيرها من الأجهزة الأخرى التي تتم مواءمتها لتلبية احتياجات الأفراد المعوقين جسمياً وذلك بشكل عملي .

وغني عن البيان أننا لا نقلل من أهمية تلك التطورات التكنولوجية التي تم تقديمها للأفراد المعوقين جسمياً. بل إن التطورات التي شهدتها تكنولوجيا الكمبيوتر وتطبيقاتها قد أدت كما يشير لندزي (2000) Lindsey ودي فورد (1998) DeFord إلى توفير مصدر غير عادي للمساعدة للعديد من التلاميذ المعوقين جسمياً. أما النقطة الأساسية التي نود أن نشير إليها هنا فتتمثل في أن المغزى الأكبر للتطور التكنولوجي غالباً ما يقبع في تلك الكيفية التي يمكن بموجبها أن تحدث تغيرات واضحة في الأمور أو المشكلات العادية. فعلى سبيل المثال نجد أن التطورات التكنولوجية التي شهدها علم المعادن وجراحات التقويم قد أدت إلى تصميم العديد من الدعائم والسنادات الوظيفية والكراسيالمتحركة. كما أن السنادات الثقيلة للأرجل التي كانت تصنع من المعدن والجلد والتي كان يستخدمها سابقاً العديد من الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي أو أي اضطرابات نيورولوجية أخرى كانت تعوق حركتهم، ولم تكن مفيدة في منع حدوث أي تشوه في الرجلين، أو في تحسين الأداء الوظيفي للرجلين قد تم استبدالها في الوقت الراهن بسنادات أخرى أخف منها وأكثر مرونة. وقد تمت صناعة الكراسي المتحركة أيضاً من معادن خفيفة الوزن، وأعيد تصميمها كي تساعد مستخدميها على ارتياد تلك الأماكن التي كان من الصعب أن يصل إليها مستخدمو الكراسي العادية. كذلك فإن أعداداً متزايدة من الوسائل التي تعمل بالكمبيوتر قد أدت إلى تحسين قدرات الأفراد المعوقين جسمياً على الحركة والتواصل.

(أ) استخدام كف صناعي يتم التحكم فيه عن طريق ثني العضلات في الجزء الباقي من الطرف.

(ب) استخدام جهاز جديد يمكن المريض من الإحساس بصعوبة المهمة التي يقوم بها .

هذا ولا تتمثل المشكلة الكبرى في هذا المضمار اليوم في تصميم وسائل تكنولوجية مساعدة جديدة أو أكثر تعقيداً ولكنها تتمثل في التقييم الدقيق للأطفال والمراهقين حتى نتمكن من تحديد ما يعتبر هو الأكثر فائدة لهم، ثم إتاحة مثل هذه الوسائل التكنولوجية وتوفيرها. وكما أشارت لين أندرسون- إنمان Lynne Anderson-Inman [نقلاً عن دى فورد (1998) DeFord] فإن الأسباب التي تكمن خلف استخدام الوسائل التكنولوجية المتعددة تعد أبعد مما يحدث في معظم المدارس في الوقت الراهن حيث أننا نلاحظ مع بيجي وآخرين(2001) .Bigge et.al ولندزي(2000) Lindseyوهيلر وآخرون(1996).Heller et.al أن العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعدون في حاجة ماسة إلى الجراحة الترقيعية أو أي وسائل مساعدة أخرى كالحاسبات الآلية، أو المركبات الخاصة، أو الوسائل المعاونة على رعاية الذات لم يتم تقييمهم بشكل دقيق، ولم يتم تقديم أكثر الأجهزة ملاءمة لهم.



(a) (b)

شكل (14-1) أعاد مهندسو التأهيل تصميم الكراسي المتحركة حتى يتم استخدامها في البيئات المختلفة

(أ) كراسي متحركة تستخدم على الشاطئ أو في الأراضي المائلة .

(ب) كراسي متحركة صممت خصيصاً للسباق .

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

غالباً ما ننظر إلى الأفراد المعوقين جسمياً على أنهم عاجزون أو غير قادرين على التعلم. ومن ثم تنخفض توقعاتنا منهم لأننا نجدهم في ضوء ذلك غير قادرين على القيام ببعض الأشياء المختلفة وهو ما يعكس أننا قد نسينا مع ذلك أن الكثير من هؤلاء الأفراد يمكنهم أن يتعلموا القيام بالعديد من الأشياء التي يقوم بها أقرانهم غير المعوقين أو حتى القيام بكل ما يمكن أن يقوم به مثل هؤلاء الأقران رغم أنهم قد يضطرون في بعض الأحيان إلى أن يؤدوا مثل هذه المهام بطرق وأساليب مختلفة إذ نجد مثلاً أن الفرد الذي لا يمكنه أن يستخدم يديه

قد يؤدي نفس المهمة مستخدماً قدميه أو فمه على سبيل المثال. ومن هذا المنطلق فإن قبول أوجه القصور التي يعاني منها هؤلاء الأفراد والتي تفرضها إعاقاتهم الجسمية المختلفة دون أن نبذل أي محاولة كي نرى وندرك ما يمكن لهم أن يتعلمونه، وكيف يمكن أن نقوم بإدخال بعض التغييرات أو المواءمات على البيئة حتى نسمح لهم بالاستجابة الفعالة لها يعد في الواقع إهانة لهم، وحطاً من آدميتهم.

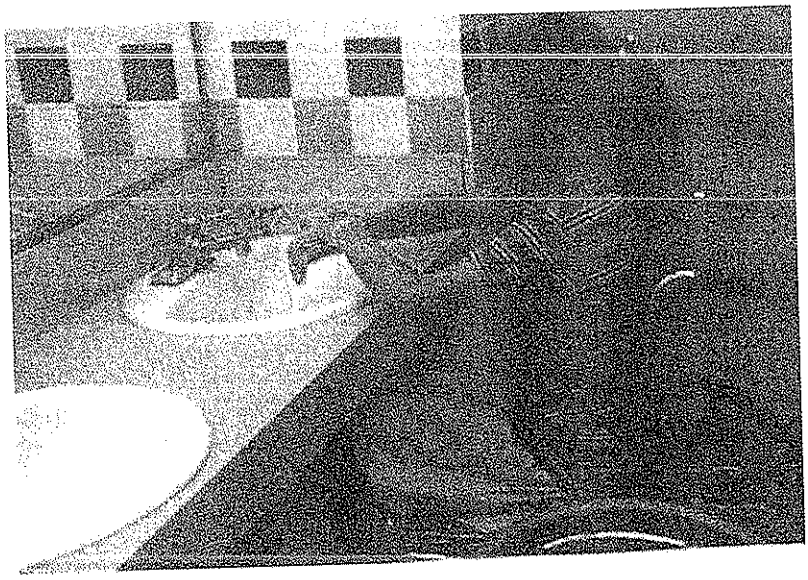
ويشير كلوس Closs (2000) إلى أن تعليم الأطفال المعوقين جسمياً لا يختلف كثيراً عن تعليم أقرانهم العاديين أي غير المعوقين حيث يتمكن الأفراد المعوقون جسمياً في واقع الأمر من حل العديد من مشكلاتهم الشخصية، إلا أن الأمر يتطلب أن نعمل جاهدين في سبيل جعل حياتهم أقل تعقيداً حتى يتمكنوا من القيام بذلك وفقاً لإعاقتهم الجسمية المحددة. وفي هذا الصدد فإن الأمر يتطلب إدخال بعض التغييرات أو المواءمات في تصميم المبنى، وفي الأثاث، والأجهزة المنزلية أو تلك الأجهزة التي توجد بالمدرسة، وأن نساعد الفرد على ارتداء وخلع ملابسه وهو الأمر الذي يمكن أن يساعده في تحقيق الأداء الوظيفي الفعال الذي قد يماثل ما يأتي به قرينه غير المعوق سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي.

ومن الجدير بالذكر أن الأهداف التي ينبغي أن يعمل المعلمون والمختصون على تحقيقها عند التعامل مع الأطفال والمراهقين المعوقين جسمياً يجب أن تتضمن كما يرى بيجي وآخرون Bigge et.al. (2001) وبوليك ومـــاهون Bulleck &Mahon (2000) وباورز وآخرون Powers et.al. (1996) مساعدتهم على تحقيق الاستقلال الذاتي، autonomy والدفاع أو التأييد الذاتي self-advocacy . وإذا كان الأطفال المعوقون جسمياً يريدون أن يشعروا بالكفاءة الذاتية فإننا يجب أن نشجعهم على ذلك، وأن نعلمهم المهارات اللازمة للعناية بذواتهم إلى أقصى حد ممكن وهو الأمر الذي يتطلب منا أن نلم بأوجه القصور الجسمية المختلفة التي تنتج عن إعاقتهم، وأن تكون لدينا الحساسية اللازمة لحاجات الطفل الاجتماعية، والأكاديمية أي أن نفهم العوامل السيكلوجية والبيئية المختلفة التي يمكن أن تؤثر على أداء الطفل وسلوكه داخل الفصل. ويفرض هذا الأمر علينا أن نقوم في الواقع بإدخال بعض التغييرات أو المواءمات على بيئة الفصل حتى تتواءم مع حاجات ذلك الطفل الذي يعاني مثلاً من إعاقة صحية مزمنة وذلك بما يساعده على التحصيل والنمو السيكلوجي.

التخطيط على أساس فردي

عادة ما يحتاج أولئك الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الجسمية المعقدة إلى التربية

الخاصة الملائمة بجانب مصفوفة طويلة من الخدمات المرتبطة بها. فالبرامج التربوية الفردية الخاصة بهم يجب أن تكون نوعية ومحددة ومفصلة. وغالباً ما تتضمن الأهداف والأغراض التربوية الخاصة بهم، وعلى وجه الخصوص تلك الأهداف والأغراض الخاصة بالأطفال الأصغر سناً الذين يعانون من الإعاقات الشديدة أن نساعدهم على أن يخطوا خطوات دقيقة حيث أن العديد من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الثالثة والذين يحتاجون إلى التربية الخاصة والخدمات المرتبطة بها يعدون في الغالب من المعوقين جسمياً. وينص القانون فيما يتعلق بمثل هؤلاء الأطفال على أن تكون هناك خطة فردية لتقديم الخدمات الأسرية IFSP بدلاً من البرنامج التربوي الفردي أو الخطة التربوية الفردية التي يتم تقديمها لهم. ويرى ولمان وآخرون (2001) .Wolman et.al أن الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية تتناول تلك الكيفية التي يمكن للأسرة أن تشارك بموجبها في التدخل المبكر للطفل إلى جانب تلك الخدمات التي يمكنها أن تؤديها أو توفرها له. وعلى الرغم من أن توقعات الوالدين من طفلهما الذي يعاني من مشكلات صحية مزمنة تعد أكثر واقعية فإنهما عادة ما يرغبون في عدم استمرار معاناة طفلهما من مشكلاته الصحية، وفي وجود علاج لحالته هذه مما يؤدي به في الواقع إلى أن يتحسن على أثر ذلك بشكل دال وتنتهي بالتالي معاناته تلك .



التسكين التربوي

هناك العديد من البدائل المتعددة التي يتم تعليم الطفل المعوق جسمياً من خلالها وذلك اعتماداً على نمط حالته، ومستوى حدتها، والخدمات التي يتيحها المجتمع المحلي له، وما

يمكن أن تأول إليه حالته من الناحية الطبية. ويرى بيجي وآخرون Bigge et.al.(2001) وكلوس Closs (2000) وليرنر وآخرون Lerner et.al.(1998) وهيلر وآخرون Heller et.al. (1996) أنه إذا ما حضر هؤلاء الأطفال بشكل عادي إلى فصول عادية بمدارس التعليم العام، وكان لزاماً أن يتم مع ذلك إيداعهم المستشفى لأكثر من عدة أيام فإنه ينبغي أن يتم في تلك الحالة ضمهم أو احتواؤهم في فصل بالمستشفى نفسه. أما إذا كان لزاماً عليهم أن يبقوا ملازمين منازلهم لفترة من الوقت فيجب أن يقوم المعلم الزائر بتقديم التعليم اللازم لهم حتى يعودوا إلى المدرسة من جديد، أو يتم تعيين معلم مقيم معهم بالمنزل ويقدم لهم التعليم اللازم لحين عودتهم إلى المدرسة. وفي مثل هذه الحالات والتي عادة ما تتضمن حالات الحوادث أو الحالات المؤقتة، أو الإعاقات الشديدة فإنه يجب أن يتم إجراء بعض المواءمات البسيطة نسبياً والتي تلزم لاستمرار تعليم أولئك الأطفال وتجنب تدني مستواهم الأكاديمي. أما على الطرف الآخر والذي عادة ما يتضمن الإعاقات الخطيرة أو المزمنة فإن الطفل يجب أن يتعلم في فصل بالمستشفى لفترة من الوقت، أو يتم تعليمه في فصل خاص ملحق بمدرسة عامة يتم إعداده خصيصاً للأطفال المعوقين جسمياً. أما في الوقت الراهن فإن غالبية الأطفال المعوقين جسمياً يتم دمجهم أو ضمهم بالمدارس العامة نظراً لتلك التطورات التي يشهدها العلاج الطبي، والتطورات الحديثة في الهندسة الوراثية، والسماح لهم بقدر أكبر من التحرك ومن القيام بالحركات الوظيفية، والحد من الحواجز المعمارية أو إزالتها، وتقليص مشكلات المواصلات الخاصة بهم أو إنهائها، والتحرك باتجاه التعليم العام لجميع الأطفال على السواء.

وفي الواقع نلاحظ أن كل بدائل التسكين الخاصة بهؤلاء الأطفال لها جوانبها الإيجابية والسلبية، ومن ثم فإن أفضل قرار يخص طفلاً معيناً في هذا الصدد يتطلب إجراء موازنة بين إيجابياته وسلبياته وانعكاساتها عليه إذ أننا أحياناً ما نجد أن الإيجابيات التي تتعلق بنمط معين من التسكين قد تتم المبالغة فيها بشكل كبير، أو يتم تجاهلها كلية وهو الأمر الذي ينعكس سلباً على ذلك القرار الذي يتم اتخاذه في هذا المضمار، ولذلك يجب أن تتم الموازنة الدقيقة بين الإيجابيات والسلبيات كما أسلفنا حيث تعد هي الأساس الذي تنطلق منه عملية التسكين بأسرها وتؤدي إلى تحقيق ما نتوقعه من نتائج .

الأهداف التربوية والمناهج الدراسية

ليس من السهل أن نقوم بوصف الأهداف التربوية والمناهج الدراسية التي ينبغي أن يتم تقديمها لأولئك الأطفال المعوقين جسمياً كمجموعة نظراً لأن أوجه القصور الفردية الخاصة بهم تتباين بدرجة كبيرة جداً فيما بينهم. ومن ناحية أخرى فإنه يجب حتى بين الأطفال الذين

يعانون من نفس الحالة أن يتم تحديد الأهداف والمقررات الدراسية بعد تقييم الخصائص العقلية، والجسمية، والحسية، والانفعالية لكل طفل. هذا وقد نجد للإعاقة الجسمية وخاصة الإعاقة الشديدة أو المزمنة التي تحد من حركة الفرد نمطين من الانعكاسات التربوية الخاصة بها هما:

1- أنه قد يتم حرمان الطفل من تلك الخبرات التي يخبرها الأطفال غير المعوقين.
2- أن الطفل قد يجد من المستحيل بالنسبة له أن يتناول المواد التربوية، وأن يستجيب للمهام التربوية بنفس الطريقة التي يتبعها معظم الأطفال.

وفي هذا الإطار فنحن نلاحظ على سبيل المثال أن الطفل الذي يعاني من الشلل الدماغي الشديد لا يمكنه أن يشارك في معظم أنشطة اللعب التي تتم خارج المنزل، أو معظم الخبرات التي تتعلق بالحركة، كما لا يكون بإمكانه أيضاً أن يمسك بالكتاب، وأن يقلب صفحاته، أو يكتب، أو يبحث عن الموضوعات المختلفة بطريقة يدوية، أو يستخدم الآلة الكاتبة دون أن يقوم باللجوء إلى جهاز خاص يجعل بإمكانه أن يقوم بذلك.

وبالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الجسمية فقط يجب أن تكون الأهداف التربوية والمقررات الدراسية هي نفسها التي نحددها لأقرانهم غير المعوقين وذلك فيما يتعلق بالقراءة، والكتابة، والحساب، والخبرات التي يتم تصميمها حتى يألفوا العالم من حولهم. وإضافة إلى ذلك فإن هناك حاجة إلى تقديم تعليم خاص يتعلق بمهارات الحركة، ومهارات الحياة اليومية، والمهارات المهنية، أي أنه نظراً لتلك الإعاقات الجسمية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال فإنهم قد يحتاجون على أثرها تعليماً فردياً خاصاً حول استخدام تلك الوسائل الآلية التي يمكن أن تساعدهم على أداء مثل هذه المهام التي يعتبرها غير المعوقين بسيطة وسهلة، أو ينظرون إليها في ذات الوقت على أنها أبسط وأسهل من ذلك. أما بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى بجانب إعاقتهم الجسمية فتكون هناك في واقع الأمر حاجة لإدخال العديد من المواءمات الأخرى على المقررات الدراسية التي يتم تقديمها لهم حتى تصبح مثل هذه المقررات الدراسية ملائمة ومناسبة لهم.

ومن جانب آخر فإن الأهدافالتربوية بالنسبة للأطفال الذين يعانون من إعاقات شديدة أو حادة يجب أن ترتبط بأدائهم الوظيفي اليومي في بيئاتهم المحلية. وقد بدأ المعلمون مؤخراً فقط في تناول تلك المشكلات التي تتعلق بتحليل المهام المجتمعية كعبور الطريق، أو استخدام النقود، أو استخدام وسائل النقل العام، أو تحية الآخرين على سبيل المثال إلى جانب التخطيط لتقديم تعليم فعال لأولئك الأفراد الذين يعانون من الإعاقات الشديدة علماً بأن التعليم الفعال لتلك المهارات ينبغي أن يحدث في البيئة الطبيعية ذاتها بالمجتمع المحلي.

وغالباً ما تمتد الأهداف التربوية والمقررات الدراسية الخاصة بالأطفال المعوقين جسمياً إلى أبعد من تلك الأهداف التربوية والمقررات الدراسية التي يتم تقديمها للتلاميذ الآخرين بالمدرسة حيث نجد على سبيل المثال أن الأطفال الأصغر سناً وأولئك الذين يعانون من مشكلات عضلية عصبية شديدة قد يحتاجون إلى أهداف تربوية ومقررات دراسية تركز على المهارات الأساسية للعناية بالذات كالبلع، والمضغ، وتناول الفرد بنفسه للطعام مثلاً في حين قد لا يحتاج التلاميذ الأكبر سناً إلى التعرف على تلك الوظائف المتاحة فحسب، بل إنهم يحتاجون أيضاً إلى تدبر تلك المواءمات الخاصة التي تفرضها أوجه القصور الخاصة التي يعانون منها حتى يتمكنوا من الأداء الناجح للمهام المختلفة.

وبالرغم من أن جميع التلاميذ قد يستفيدون كما يرى ليمان (2000) Leaman من إجراء المناقشات حول الوفاة بوجه عام فإن التعليم الذي يرتبط بمثل هذا الموضوع تكون له أهميته وخاصة في تلك الفصول التي تضم تلاميذ يعانون من مرض عضال، كما يجب أن يتحدث المعلمون بصراحة وبشكل مباشر عن هذا الأمر، ولا يجب مطلقاً أن يصبح الموت من المحرمات التي لا ينبغي التحدث فيها، ولا يجب أن ينكر المعلمون مشاعرهم التي ترتبط به، أو يعملون على إخماد مشاعر الآخرين التي ترتبط أيضاً به. وعند تعليم طفل أو مراهق يعاني من مرض عضال فإنه ينبغي على المعلم في مثل هذه الحالة أن يبحث عن تلك الموارد المتاحة حتى يمكن له أن يستفيد منها في هذا المضمار، وأن يستعين إلى جانب ذلك بخبرات المختصين في المجالات الأخرى ذات الصلة.

الاستفادة من الأنساق الأخرى ذات الصلة

أشرنا في بداية هذا الفصل إلى نقطتين هامتين في هذا المضمار، ويجب أن نوليهما اهتماماً كبيراً، هما :

1- أن الأطفال المعوقين جسمياً يعانون من مشكلات صحية أو طبية.

2- أن التداخل بين الأنساق المختلفة يعد ضرورياً في سبيل تعليم هؤلاء الأطفال.

ومن المهم بالنسبة للمعلم أن يعرف ما تهتم به الأنساق الأخرى وذلك فيما يتعلق برعاية الطفل، وتقديم العلاج اللازم له، وأن يتواصل مع المختصين الآخرين في هذه المجالات وذلك فيما يتعلق بالنمو الجسمي، والانفعالي، والتربوي للطفل. وإذا ما كانت معرفة الحالة الصحية للطفل تعتبر أمراً حاسماً وغاية في الأهمية فإن العديد من الأطفال المعوقين جسمياً يعدون في حاجة إلى تلك الخدمات التي يقدمها المعالج البدني والمعالج الوظيفي حيث يعمل كلاهما على تقديم المساعدة للطفل حول استخدام قدراته الجسمية إلى الحد الأقصى، والإسهام في

استمرار العملية العلاجية في الفصل، وتشجيع الطفل على الاستقلالية، والقيام بالعادات الصحية والجيدة في العمل. ومن هذا المنطلق يجب أن يهتم المعلم بالتعامل مع الطفل، ووضعه في مكانه المناسب على أن يتم ذلك بالشكل الملائم حتى يقلل بالتالي من احتمال حدوث إعاقة جسمية أخرى، ويسهم في تعليمه السلوك الاستقلالي إلى جانب تلك المواد التربوية المقدمة وذلك بصورة فعالة تؤدي إلى تحقيق النتائج الإيجابية المنشودة .

ومن جانب آخر فإن المختصين في الأجهزة التعويضية والجراحة الترقيعية يعملون على تصميم وتنفيذ الأطراف الصناعية، والسنادات، والوسائل الأخرى التي تساعد الأفراد المعوقين جسمياً على أن يقوموا بالأداء الوظيفي المطلوب منهم بصورة مناسبة. وإذا ما تمكن المعلم من التواصل مع هؤلاء الأخصائيين يصبح بإمكانه بطبيعة الحال التعرف على تلك الوظائف التي يستطيع الطفل أن يؤديها آنذاك . كذلك فإن الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين يعدون من الأخصائيين الذين يعرفهم ويألفهم المعلمون جيداً. كما أن التعامل معهم في حالة الأطفال المعوقين جسمياً قد يكون على درجة كبيرة من الأهمية. كذلك فإن العمل مع أسرة الطفل ومؤسسات مجتمعه المحلي غالباً ما يكون ضرورياً للغاية وذلك حتى نتمكن من منع حدوث أي انتكاسة في علاجه. وقد يكون الطفل عرضة أيضاً للضغوط النفسية وهو الأمر الذي يجعل المعلم في حاجة إلى استشارة الأخصائي النفسي بالمدرسة حتى يحصل على تقييم دقيق للقدرات العقلية لذلك الطفل .

ومن ناحية أخرى فقد تكون هناك حاجة للتعامل مع أخصائي اللغة والتخاطب عند التعامل مع الأطفال المعوقين جسمياً وخاصة أولئك الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي حيث يحتاج المعلم إلى مساعدته في تعليمهم اللغة والتخاطب، ومساعدتهم على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين. وفضلاً عن ذلك فإن الأطفال من كل الأعمار يحتاجون إلى اللعب والترويح بغض النظر عن إعاقتهم الجسمية، ومن ثم فإن أي برنامج مناسب يتم تقديمه للأطفال والمراهقين المعوقين جسمياً ينبغي أن يعمل على توفير اللعب، والألعاب، والتمرينات البدنية في سبيل إثارة هؤلاء الأطفال، وإمتاعهم، وتعليمهم مهارات الترويح، كما يقدم لهم خيارات متعددة لقضاء وقت فراغ منتج. كذلك فإن التربية البدنية التي يتم مواءمتها وفقاً لجوانب القوة ونواحي القصور الخاصة بهؤلاء الأطفال تعتبر جانباً هاماً في أي برنامج مدرسي جيد.

التدخل المبكر: Early Jntervention

يعتبر التدخل المبكر أمراً هاماً وحاسماً بالنسبة للأطفال المعوقين جسمياً، ومما لا شك فيه

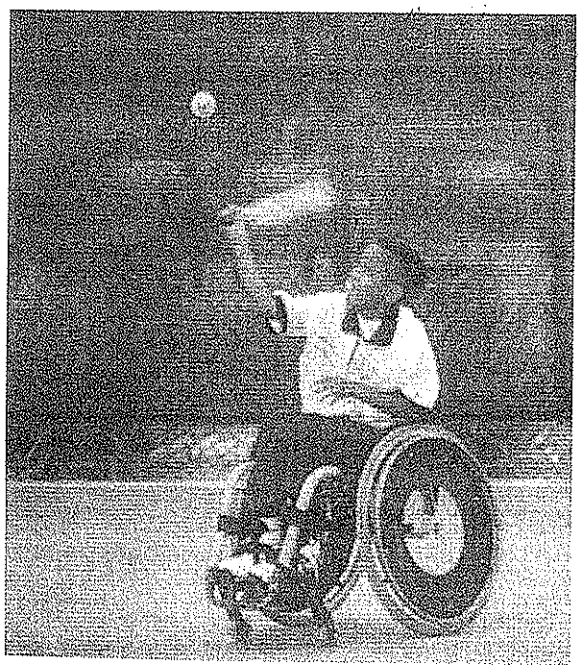
أن جميع الأخصائيين وغيرهم ممن يتعاملون مع أولئك الأطفال الأصغر سناً الذين يعانون من الإعاقات الجسمية يبدون اهتمامين أساسيين هما :

1- التعرف المبكر على هؤلاء الأطفال والتدخل المبكر لتحسين حالاتهم.

2- العمل على تطوير وتحسين التواصل من جانبهم.

ومن المؤكد أن تحديد تلك الإشارات أو المؤشرات الدالة على التأخر النمائي يعمل على أن يبدأ التدخل في وقت مبكر بقدر الإمكان وهو ما يعد ذات أهمية بالغة ف الحد من حدوث إعاقات إضافية يمكن أن تنتج عن نقص التعلم والرعاية المناسبة. كذلك فإن التدخل المبكر له أهميته أيضاً في تحقيق الاستفادة القصوى من نواتج العلاج. أما مهارات التواصل فإنها تعتبر أمراً يصعب تعلمه على بعض الأطفال المعوقين جسمياً، وبالتالي فهي تمثل من ناحية أخرى أحد الأهداف التربوية الحاسمة لأي برنامج يتم تقديمه في مرحلة ما قبل المدرسة وهو الأمر الذي أشرنا إليه في الفصل الثامن.

هذا وينبغي أن يكون من أول الاهتمامات التي يجب أن تتوفر لدى معلمي الأطفال المعوقين جسمياً وأكثرها انتشاراً وعمومية فضلاً عن اهتمامهم بالتواصل متمثلاً كما يشير بيجي وآخرون (2001) .Bigge et.al وهيلر وآخرون (1996)Heller et.al. وكورتز وآخرون (1996) .Ku rtz et.al في الاهتمام بتناول الطفل والتعامل معه ثم وضعه بشكل ملائم في مكانه حيث يشير تناول الطفل handling إلى تلك الكيفية التي يتم التقاطه بها، وحمله، والإمساك به، ومساعدته أو تقديم المساعدة اللازمة له. أما وضعه في المكان بشكل ملائمpositioning فيشير إلى توفير تلك المساندة اللازمة التي يجب أن يتم توفيرها لجسم الطفل، ووضعه في المكان بشكل ملائم، وترتيب المواد التعليمية أو مواد اللعب بطرق معينة. ومن جانب آخر فإن من شأن التناول المناسب للطفل أن يشعره بالراحة وأن يجعله يجلس مستريحاً في مقعده مثلاً، وأن يجعله يستجيب لما يتم تقديمه له



يمكن للأفراد المعوقين جسمياً تعلم العديد من الأشياء التي يتعلمها أقرانهم غير المعوقين وإن اختلفت طريقة أدائهم لها

من تعليم. أما الوضع الملائم للطفل في مكانه فإنه يزيد بطبيعة الحال من كفاءته الجسمية ومن قدرته على تناول المواد المختلفة، كما أنه يعمل أيضاً من ناحية أخرى على كف الاستجابات الحركية غير المرغوبة التي قد تصدر عنه وذلك عند تقديم بعض الأنماط الحركية والنمائية المرغوبة.

ومع ذلك يظل هناك سؤال ملح يدور حول ذلك السبب الذي يجعل الوضع الملائم لطفل في مكانه قد لا يكون ملائماً لغيره من الأطفال. وهنا نقرر أنه من المهم لمعلمي هؤلاء الأطفال أن يدركوا بعض المبادئ الهامة التي تتعلق بتناول الطفل ووضعه في مكانه بطريقة مناسبة. وفضلاً عن ذلك فإنهم يجب أن يعملوا بشكل حميم مع المعالج الجسمي (التمرينات) والطبيب حتى يتمكنوا من تلبية الاحتياجات الخاصة بكل طفل على حدة. ومن المشكلات الجسمية التي غالباً ما تتطلب تناولاً خاصاً للطفل ووضعه بشكل مناسب ما يتضمن الحالة الطبيعية للعضلات حيث نجد أن بعض الأطفال لديهم عضلات تشنجية spasticأي أنهم يعانون من الزيادة المزمنة في توتر العضلات، ونتيجة لذلك فإن أطرافهم إما أن تنثني أو تمتد طوال الوقت. وإذا لم يحدث أي شيء لمواجهة آثار عدم التوازن المزمن في الحالة العضلية فإن الطفل يطور حالة تعرف بالتقلص الدائم للعضلات contracture والتي تعد بمثابة قصر دائم في العضلات والأنسجة المتصلة بها يؤدي إلى حدوث التشوه العضلي والإعاقات الإضافية. وهناك أطفال آخرون يكون لديهم ما يعرف بالشلل المخي الكنعانيathetosis أو تذبذب حالة العضلات وهو ما يؤدي إلى حدوث حركات لاإرادية مستمرة لا يمكنهم التحكم فيها أو السيطرة عليها. وإذا لم يتم التحكم في تلك العضلات إلى حد ما فلن يتمكن الطفل من أداء العديد من المهام الحركية بشكل جيد. كذلك فلا يزال بعض الأطفال يعانون من حالة عضلية تعرف بنقص التوتر hypotonic يبدو الطفل على أثرها رخواً حيث تكون عضلاته مترهلة أو رخوة وضعيفة. وقد يمنعهم نقص توتر العضلات hypotoniaمن تعلم رفع الرأس أو الوقوف أو الجلوس. ويمكن أن تحدث كل هذه المشكلات التي تتعلق بالحالة العضلية في ذات الوقت لدى نفس الشخص، ولكنها تحدث بدرجات متفاوتة من الحدة، ويمكن أن تؤثر على أجزاء مختلفة من الجسم بشكل مختلف حيث أنها بطبيعة الحال لن تؤثر على جميع أجزاء الجسم بنفس الدرجة .

هذا وينبغي أن يعرف معلم الأطفال الأصغر سناً المعوقين جسمياً كيف يقوم بتعليمهم الاستجابات الحركية العامة كالتحكم في الرأس، والتقلب، والجلوس، والوقوف، والمشي وهي الأمور التي يهتم بها في الأساس المعالج الوظيفي. كما يجب عليه أيضاً أن يفهم كيف تتداخل الانعكاسات غير العادية التي قد تمثل جزءاً من الإعاقات النمائية في تعلم المهارات الحركية

الأساسية وتعوق حدوثه. وإذا كان الطفل يعاني من إعاقات حركية ونيورولوجية شديدة فإن المعلم قد يحتاج إلى أن يبدأ بالتركيز على تعليم الطفل الأكل أو تناول الطعام كأن يعلمه مثلاً كيف يقوم بمضغ الطعام، وكيف يقوم بابتلاعه، كما يعلمه أيضاً أن يقوم بالحركات الفمية المطلوبة لحدوث التخاطب. أما المهارات الحركية الدقيقة كالإشارة إلى شيء معين، والوصول إليه، والإمساك به، وتركه فلها أهمية كبيرة في هذا المضمار. وتتمثل أفضل وسيلة لتعليم الطفل مثل هذه المهارات في تقديمها له في سياق الدروس اليومية التي تتضمن مساعدة الذات والتواصل ، أي أنه لا يجب أن يتم تعليم تلك المهارات منعزلة للطفل، ولكن يجب أن يتم ذلك كجزء من الحياة اليومية والأنشطة التعليمية التي يمكن أن تزيد من تواصل الطفل، واستقلاليته، وإبداعه، ودافعيته، وتعلمه المستقبلي.

ومن المعروف أن المهارات الحركية ومهارات التواصل اللازمة للحياة اليومية لا تمثل المهارات الوحيدة التي يجب أن يقوم المعلم بتعليمها للطفل المعوق جسمياً إذ أن تعلم الاستجابات الاجتماعية، والقيام بالمبادرات الاجتماعية الملائمة، وكيفية اللعب مع الآخرين، وحل المشكلات على سبيل المثال تعد بمثابة أهداف عامة ينبغي أن يقوم المعلم بتطوير استراتيجيات مناسبة لها حتى يتمكن بموجبها من القيام بتعليمها للطفل وتدريبه على القيام بها، وبالتالي يتمكن من تحقيق تلك الأهداف التي ينبغي عليه أن يعمل جاهداً على تحقيقها بالنسبة للطفل. وقد يجد المعلم أن هناك في واقع الأمر بعض الأطفال الذين يكونوا قد تجاوزوا مرحلة ما قبل المدرسة من الناحية العمرية ووصلوا بالتالي إلى سن المدرسة، ولكن أداءهم الوظيفي لا يزال مع ذلك في مستوى نمائي مبكر جداً. ونتيجة لذلك فإننا نجد أن تلك المشكلات التي تتعلق بحالة الطفل العضلية، وقامه، وحركته وهي المشكلات التي قمنا بتناولها من قبل إضافة إلى ذلك المدخل الذي قمنا بمناقشته للتو في التعليم تنطبق جميعها على أولئك الأطفال الأكبر سناً أيضاً. ومن ثم فإن الأمر يتطلب إجراء تقييم دقيق للطفل لتحديد مثل هذه الأمور.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition

يمثل الانتقال بوجه عام كما يرى مورننجستار وآخرون (Morningstar et.al.(2001 نقطة تحول أي تغير من موقف معين إلى موقف آخر، أو من بيئة معينة إلى بيئة أخرى. وعندما يتحدث بعض المربين عن الانتقال فإنهم عادة ما يشيرون إلى التغير من الانتظام في المدرسة إلى الانتظام في العمل أي من المدرسة إلى العمل، أو من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد. أما بالنسبة للأفراد المعوقين جسمياً فإن الانتقال قد يعطي اهتماماً أكثر عمومية مما يوجد لدى أقرانهم ذوي الإعاقات الأخرى حيث قد يعني التخلص من الرعاية المكثفة، أو

الانتقال من المستشفى إلى المنزل وذلك في أي سن. وفي واقع الأمر فإن الانتقال قد يبدأ بالنسبة لبعض المواليد الجدد مباشرة عقب علاجهم باستخدام إجراءات طبية معقدة. ومع ذلك فنحن نركز هنا على مثل هذا الانتقال الذي يهم المراهقين المعوقين جسمياً علماً بأن التخطيط للانتقال بالنسبة للعديد من المراهقين المعوقين جسمياً بما في ذلك أولئك الأفراد الذين يلجأون إلى استخدام التكنولوجيا الطبية في هذا الصدد يعد غير كاف.

وهناك في الواقع جانبان أساسيان يتعلقان بالانتقال، ويمثلان أهمية كبيرة بالنسبة للمراهقين والراشدين الأصغر سناً المعوقين جسمياً هما :

1- اختيار المهنة المناسبة.

2- الجنسية الاجتماعية sociosexuality.

وفي هذا الإطار يبدأ المراهقون في التفكير والقيام بالوظائف المختلفة، والعلاقات الاجتماعية، والعلاقات الجنسية بطرق وأساليب مباشرة وخطيرة. ومع ذلك فإن مثل هذه الأسئلة التالية وما يرتبط بها من سلوكيات غالباً ما تمثل كثيراً من الحيرة لكل من المراهق المعوق جسمياً وأسرته على حد سواء :

- هل يمكنني أن أحصل على وظيفة مشبعة لي، وأن احتفظ بها؟
- هل يمكنني أن أكون مستقلاً في تصرفاتي وسلوكياتي المختلفة؟
- هل يمكنني تكوين صداقات حميمة ودائمة؟
- هل من الممكن أن يراني البعض جذاباً من الناحية الجسمية؟
- كيف يمكنني أن أشبع احتياجاتي الجنسية؟

وإذا ما كان المراهقون العاديون يمرون بفترات عصيبة وهم يفكرون في إجابات شافية لمثل هذه الأسئلة وما يرتبط بها من مهام نمائية مختلفة فإن المراهقين المعوقين جسمياً يمرون بالتالي بأوقات أشد صعوبة وهم يفكرون في تلك الأسئلة.

وكما أشرنا عند مناقشتنا للخصائص السيكلوجية المميزة لهؤلاء الأطفال والمراهقين فليس هناك صيغة أو تركيبة معينة يمكننا من خلالها أن نتنبأ بتلك المشكلات السلوكية أو الانفعالية التي يمكن أن يواجهها الفرد المعوق جسمياً وأن يعاني منها، بل إن غالبية هذه المشكلات تعتمد في ظهورها أو عدم ظهورها على ما تلقاه الفرد من تدريب، وما يستمر في تلقيه كمراهق وراشد. وفي هذا الصدد يشير بوتوس وآخرون (Bottos et.al(2001. إلى أن أولئك الأفراد الذين يعانون من الشلل الدماغي يحتاجون إلى خدمة يتم التخطيط الجيد لها، وأن اتصال هؤلاء الأفراد بالبيئة المحيطة يقل مع نموهم وهو الأمر الذي غالباً ما ينتج عن حدوث

تدهور عام في جودة الحياة التي يحيونها وما يشغلونه من وظائف. ومن جانب آخر يشير أندرسون وماتسون (2001) Anderson& Mattsson إلى أن 35% من الراشدين الذين أجريا دراستهما عليهم ممن يعانون من الشلل الدماغي كانت قدراتهم على المشي منخفضة في حين توقف 9% تقريباً من أفراد العينة عن المشي كلية.

اختيار المهنة

يعتبر اختيار المهنة التي سوف يشغلها المراهق أو الراشد الأصغر سناً المعوق جسمياً أمراً غاية في الأهمية كما يرى كل من بيجي وآخرين (2001) .Bigge et.alوجونسون (1996) Johnson ووارد (1996) Ward.ومن المهم عند تنفيذ هدف مهني أن نتقبل القدرات الخاصة التي يتميز الفرد بها وجوانب القصور التي يعاني منها، وأن نقوم بتقييم دافعيته بشكل دقيق. كما يجب أن يكون هناك اهتمام بالتعليم الذي يلي المرحلة الثانوية وذلك في ضوء اهتمامات الفرد وجوانب قوته، واحتياجاته المختلفة، وما يمكن أن يحققه لأنه من المحتمل جداً بالنسبة للكثيرين من أعضاء هذه الفئة أن يكون بمقدورهم مواصلة التعليم بعد تلك المرحلة. ومن المعروف أن هناك بعض نواحي القصور هي التي تحكم الاختيارات المهنية التي تتاح أمام المراهق المعوق جسمياً، ومع ذلك فإن ارتفاع مستوى الدافعية، والاستخدام الكامل للوظائف الباقية مع وجود إعاقات أخرى قد يجعل من الممكن تحقيق وضع مهني غير معتاد.

ومن أهم المشكلات التي تواجهنا عند التعامل مع المراهقين المعوقين جسمياً مساعدتهم في الوصول إلى وجهة نظر واقعية حول التشغيل. وفي هذا الإطار ينبغي أن يتم تقييم مستوى ذكاء الفرد، وخصائصه الانفعالية، ودافعيته، وعادات العمل المميزة له وذلك بشكل دقيق لا يقل عن تقييم إعاقته الجسمية. وفضلاً عن ذلك فإن توفير الوظائف المختلفة والمطالب التي تتطلبها بعض المهن يجب أن يتم وضعها في الاعتبار. فالمراهق الذي يعاني من التخلف العقلي المتوسط ومن الشلل التشنجي الرباعي على سبيل المثال لا يكون من المحتمل بالنسبة له أن يعمل محامياً، أو فني معمل، أو طباعاً على الآلة الكاتبة. أما الشخص الذي يعاني من الشلل التشنجي الرباعي مع ارتفاع مستوى ذكائه فيمكنه أن يحقق النجاح في مجموعة من المجالات التي تتطلب عملاً ذهنياً وليس بدنياً.

وعلى هذا الأساس فليست هناك استنتاجات بسيطة تتعلق بالناحية المهنية بالنسبة لأولئك التلاميذ المعوقين جسمياً حيث نجد أن المراهقين الذين يعانون من حالات إعاقة بسيطة أو مؤقتة قد لا يتأثرون سلبياً بالمرة في اختياراتهم المهنية. بينما نجد أن بعضهم الآخر الذين يعانون من إعاقات جسمية بسيطة نسبياً قد لا يتم تشغيلهم أو حتى قد لا يمكن أن يتم تشغيلهم نظراً لما يبدر عنهم من سلوكيات انفعالية واجتماعية غير ملائمة أو ما يوجد لديهم

من عادات سيئة للعمل. وقد يحتاج مثل هؤلاء الأفراد تدريباً على التأهيل المهني حتى يتمكنوا من القيام بالأداء الوظيفي المناب في مهنة لا تتطلب سوى احتياجات محدودة. ومن ناحية أخرى فإن بعض الأفراد الذين يعانون من إعاقات جسمية شديدة قد يكونوا قادرين على استخدام ذكائهم، ومهاراتهم الاجتماعية، وما يكون قد تبقى لديهم من قدرات جسمية إلى الحد الأقصى بما يؤهلهم للقيام بتلك الوظائف التي تعتبر ذات مطالب متعددة أو كثيرة المطالب.

وقد تحسنت النظرة إلى تشغيل أولئك المراهقين ذوي الإعاقات الجسمية أو المتعددة أو الشديدة وذلك بشكل كبير عن طريق التشريعات التي صدرت في هذا الصدد والبحوث التي تم إجراؤها. وكما ذكرنا في الفصل الأول فإن قانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات ADA الذي صدر عام 1990 يتطلب إجراء بعض المواءمات في سبيل إيجاد فرص التشغيل المناسبة لهم كما هو الحال بالنسبة لوسائل المواصلات، والمباني، والمهارات المتزايدة في استخدام التكنولوجيا حتى نسمح لهم بأداء تلك المهام التي يتطلبها العمل، والالتزام المتزايد نحو إعداد الأفراد ذوي الإعاقات للعمل وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث قدر أكبر من الاستقلال الشخصي، والكفاية الذاتية الاقتصادية، والقبول الاجتماعي وهو ما يفيد كل من الأفراد ذوي الإعاقات، والاقتصاد، والمجتمع أيضاً.

ونحن لا ننكر أن إعداد الأفراد للعمل يبدأ منذ مرحلة الطفولة حيث يجب أن نساعدهم قبل مرحلة المراهقة بما فيهم الأفراد المعوقين جسمياً على تعلم استكشاف المهن المختلفة فيفكرون فيما يحبون القيام به، وما يمكنهم أن يؤدونه بشكل جيد، والمطالب التي تفرضها المهن المختلفة وما يترتب عليها من مكافآت. وعلى ذلك يجب أن يتمثل الهدف الأساسي في هذا الصدد في مساعدة التلاميذ المعوقين جسمياً على اختيار التدريب الملائم الذي يتناسب مع قدراتهم وإمكاناتهم المختلفة، ومساعدتهم على الالتحاق بتلك المهن التي تسمح لهم باستغلال قدراتهم بأساليب تشبع احتياجاتهم المتعددة أو المختلفة.

ويعتبر التوظيف القائم على المساندة supported employment بالنسبة لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة من المفاهيم الحديثة نسبياً التي ظهرت في هذا المجال والتي أضحت تستخدم على نطاق واسع في الوقت الراهن. ووفقاً لهذا الأسلوب يقوم الفرد المعوق بالعمل في بيئة عمل عادية ويصبح بالتالي عاملاً عادياً، ويؤدي وظيفة ذات قيمة في نفس مكان العمل كغيره من الموظفين غير المعوقين، كما يتلقى مكافأة جيدة وعادلة على أثر ذلك. ويعتمد هذا الأسلوب على تقديم التدريب والمساندة المستمرة للفرد المعوق، ولذلك فهما يعدان من المفاهيم الأساسية في ضوء هذا الأسلوب، ومن ثم جاءت تسميته بالتوظيف القائم على المساندة.

ومن جانب آخر فإن ظهور الأساليب التكنولوجية الحديثة خاصة في مجالات الحسابات، وغير ذلك من الأساليب الإلكترونية الأخرى تقدم أملاً كبيراً لمساعدة التلاميذ المعوقين جسمياً على تحقيق الاستقلال الشخصي، والحصول على التعليم والتدريب الذي يساعدهم في الحصول على الوظائف المناسبة. وفي هذا الإطار يرى دي فورد DeFord (1998) أن أولئك الأفراد الذين يعانون من الشلل الدماغي ويجلسون على كرسي متحرك يمكنهم أن يقوموا باستخدام الكمبيوتر مما يتيح الفرصة أمامهم لمواصلة التعليم بعد المرحلة الثانوية أو حتى للحصول على فرصة عمل مناسبة.

وتشهد بعض الحالات في هذا الصدد كما يرى ليندزي Lindsey (2000) وهيلر وآخرون Heller et.al.(1996) توفير التكنولوجيا الحديثة، وبالتالي فإن المعلمين لا يحتاجون سوى معرفة البرامج الحاسوبية اللازمة، وتلك التي يمكنها أن تقدم بدائل مناسبة للتناول الجسمي للمواد المختلفة كاستخدام برامج الجرافيك في الكمبيوتر كبديل لتلك النماذج التي تقوم على استخدام الورق واللصق. ومن الملاحظ أن قدرة الفرد على استخدام جهاز معين تتحسن عن طريق إجراء تعديل بسيط كتلك التعديلات التي تتعلق بالتوجه أو المكان على سبيل المثال . ويوضح الشكل (14– 2) أن وضع لوحة مفاتيح الكمبيوتر في وضع رأسي فوق المونيتور أو شاشة الكمبيوتر سوف يكون من شأنه أن يحسن من قدرة ذلك الفرد الذي يستخدم عصا تثبت بالرأس على استخدام الكمبيوتر والتعامل معه بفعالية حيث تعتبر تلك العصا التي تثبت بالرأس بمثابة وسيلة تكيفية تسمح للفرد الذي لا يتمكن من استخدام يديه أو قدميه في سبيل ذلك بينما يكون بإمكانه التحكم في عضلات الرقبة أن يستخدم الكمبيوتر وأن يؤدي العديد من المهام التي ترتبط بذلك. هذا ويجب أن يبحث المعلمون عن أساليب بسيطة ومجانية يكون من شأنها أن تسهم في تيسير أداء أولئك التلاميذ ذوي الإعاقات، وأن تحول في ذات الوقت دون قيام تلك البيئة التي يتم تصميمها للأفراد غير المعوقين بإعاقة أداء أولئك الأفراد الذين ينبغي عليهم أن يؤدوا نفس الأشياء بأسلوب مختلف نظراً لعدم قدرتهم على أدائهم بذات الأسلوب .

الجنسية الاجتماعية

كان هناك اعتقاد حتى وقت قريب كما يشير إيدمنسون Edmonson (1988) بأن الإعاقات الجسمية من شأنها أن تعوق الجنسية الإنسانية أو تلغيها حيث كان يعتقد البعض أن من يعانون الإعاقات الجسمية خاصة إذا ما كانوا يتسمون بقدر محدود من الحركة لا توجد لديهم أي جاذبية جنسية تجاه أي شخص، وأنه لا توجد لديهم القدرة على القيام بالممارسات الجنسية، أو أن قدرتهم على ذلك تعد ضئيلة للغاية، وأنه ليس لهم الحق في القيام بمثل هذه الأمور.

إلا أن هذه الاتجاهات والخبرات التي سادت في هذا الإطار قد تغيرت تماماً، وأصبحنا ننظر إلى هؤلاء الأفراد في الوقت الراهن على أن لهم الحق في الحصول على تربية تتعلق بالحياة الأسرية، وتتضمن بطبيعة الحال التربية الجنسية، كما تتضمن أيضاً العلاقات الإنسانية بما فيها التعبيرات الجنسية المناسبة. ويجب أن تبدأ التربية الجنسية الاجتماعية للأطفال المعوقين جسمياً كغيرهم من الأطفال العاديين في وقت مبكر من حياتهم، وأن تستمر حتى مرحلة الرشد. ويتضمن ذلك تقديم معلومات عن تركيب الجسم، ووظائف أعضائه المختلفة، والعلاقات الإنسانية، والمسئولية، والأساليب البديلة للإشباع الجنسي.

ومن ناحية أخرى يحتاج الأفراد المعوقون جسميا إلى أن يخبروا العلاقات الحميمة، والاتصال الجسمي الدافئ الذي لا يعد جنسياً في طبيعته. ولكن ليس من العدل أو ليس واقعياً أن نتوقع من أولئك الأفراد المعوقين جسمياً أن تكون كل علاقاتهم التي يقومون بتكوينها أفلاطونية، أو نتوقع منهم أن يقصروا أنفسهم على الخيال حيث أن معظم الإعاقات الجسمية حتى تلك الإعاقات الشديدة لا تعمل في حد ذاتها على قتل الرغبة الجنسية، أو تمنع الفرد من الحصول على الإشباع الجنسي، كما أنها لا تمنعه من جانب آخر من الزواج وإنجاب الأطفال. وإذا كان الهدف من التربية الخاصة ومن التأهيل يتمثل في جعل حياة الأفراد غير العاديين كاملة ومتكاملة بقدر الإمكان فإن ذلك بالنسبة للأفراد المعوقين جسمياً قد يتضمن تعليمهم أساليب بديلة للإثارة الجنسية، وتقبل الممارسات الجنسية والعلاقات الجنسية المختلفة. وبالتالي يمكن أن يصل هؤلاء الأفراد إلى التعبيرات الجنسية الاجتماعية المشبعة.

الخلاصة: Summary

من الجدير بالذكر أن الأطفال المعوقين جسمياً يعانون من أوجه قصور جسمية أو مشكلات صحية تتعارض مع حضورهم للمدرسة وانتظامهم فيها أو التعليم مما يجعل التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات خاصة، وتدريب، وأجهزة، وأدوات أمراً ضرورياً بالنسبة لهم. وقد يعاني هؤلاء الأطفال من إعاقات سواء كانت وراثية أو مكتسبة عن طريق التعرض لحادث أو مرض. وقد تكون تلك الإعاقات حادة، أو مزمنة، أو تحدث في نوبات،episodic كما أنها قد تكون تطورية. وقد يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من إعاقات أخرى كالتخلف العقلي، أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، كما أنه قد توجد لديهم بعض المواهب.

وهناك أقل من 5.0 % تقريباً من الأطفال بالولايات المتحدة الأمريكية يحصلون على التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات بسبب الإعاقة الجسمية، ويعاني حوالي نصف هؤلاء الأطفال من إعاقات مزدوجة، في حين يعاني حوالي ربعهم من إعاقات جسمية، وحوالي ربعهم الآخر من إعاقات صحية مزمنة. وتتضمن الإعاقات الجسمية ثلاث فئات أساسية هي :

1- الإعاقات الحركية العصبية.

2- الاضطرابات الجسمية والعضلية الهيكلية.

3- حالات أخرى تؤثر على الصحة والقدرة الجسمية.

ويعاني الأفراد ذوو الإعاقات الحركية العصبية من تلف بالمخ يؤثر في قدرتهم على تحريك أجزاء معينة من الجسم. وقد تحدث مثل هذه الإصابة قبل الولادة، أو أثناءها، أو بعدها. أما أسبابها فتتضمن الصدمات، والعدوى، والأمراض، والاختناق، والتسمم، والشذوذ التكويني الوراثي، وإساءة معاملة الأطفال. وتتضمن هذه الإعاقات العصبية الشلل الدماغي أو المخي. ويتوقف تصنيف الشلل الدماغي على الأطراف المتضمنة، ونمط الإعاقة الحركية. ونظراً لتنوع وتعدد الأعراض المرتبطة به فإن تلك المشكلات التربوية الخاصة به تتباين وتتعدد. وإلى جانب ذلك هناك النوبات التشنجية التي تحدث نتيجة للتفريغ غير العادي للشحنات الكهربية بالمخ. وحينما تصبح تلك النوبات التشنجية متكررة يشار إليها آنذاك على أنها اضطراب الصرع. ومن المعروف أن معظم الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات التشنجية يكون بوسعهم أن يقوموا بالأداء الوظيفي بصورة طبيعية باستثناء إذا ما كانوا يعانون من نوبات تشنجية. ونظراً لأن مستوى الذكاء لا يتأثر بالاضطراب التشنجي بشكل مباشر فإن الإجراءات التربوية المتبعة تتضمن الحصول على معلومات عن الاضطراب، وكيفية التعامل مع النوبات التشنجية،

ومساعدتهم في التخلص من التجاهل والخوف الذي يرتبط بتلك النوبات التشنجية. كذلك فإن انشقاق النخاع يعتبر قصوراً وراثياً يصيب الوسط ينتج عن عدم التئام الجزء العظمي من العمود الفقري بصورة تامة خلال مرحلة النمو الجنينية مما يؤدي إلى حدوث تلف الأعصاب الذي يؤدي بدوره إلى حدوث الشلل ونقص الإحساس أسفل مكان القصور. ومن المعروف أن تلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث انشقاق النخاع تعتبر غير معروفة حتى الوقت الراهن. ويتوقف تقديم البرامج التربوية للطفل على مدى الشلل الذي يعانيه، والتعقيدات الطبية المصاحبة، والخصائص المعرفية والسلوكية للطفل.

ومن الجدير بالذكر أن بعض الإعاقات الجسمية تعد اضطرابات جسمية أو عضلية هيكلية حيث توجد أوجه قصور أو أمراض بالعضلات أو العظام. ويعاني الأطفال ذوو هذه الاضطرابات من مشكلات أو صعوبات متعددة في المشي، أو الوقوف، أو الجلوس، أو استخدام أيديهم. ويعتبر ضمور العضلات من الأمراض التي تؤدي إلى حدوث الضعف التطوري وتلف أنسجة العضلات. كذلك فإن التهاب مفاصل الأحداث الروماتويدي يعتبر مرضاً يؤدي إلى حدوث تضخم حاد حول المفاصل، وقد يؤدي إلى حدوث ألم مزمن وتعقيدات أخرى. ومما لا شك فيه أن مثل هذه الحالات العضلية الهيكلية وغيرها من الحالات المماثلة لا تؤثر سلباً على مستوى الذكاء، ومن ثم فإن البرامج التربوية المقدمة تركز في الواقع على مساعدة الطفل على الحركة مما يساعده على استمرار التعلم.

وهناك أسباب أخرى تؤثر على صحة الفرد وحالاته الجسمية تتضمن الشذوذ التكويني الوراثي، والأمراض، والإصابات المختلفة، وتعتبر متلازمة الأعراض الكحولية الجنينية من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى شذوذ التكوين الجنيني والتخلف العقلي. وتنتج هذه المتلازمة عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات. كذلك فهناك إساءة استخدام الأم الحامل للمواد، والحوادث التي تؤدي إلى الإعاقات العصبية، أو البتر إلى جانب أسباب أخرى من شأنها أن تؤدي إلى ذلك من أهمها الإيدز تعد جميعها من العوامل التي تؤدي إلى الإعاقات الجسمية. وفضلاً عن ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من مشكلات صحية تجعلهم يعتمدون على استخدام الكمامات يعودون في النهاية من المستشفى إلى منازلهم مما يؤدي إلى زيادة أعداد هؤلاء الأطفال المعوقين. ويمكن عند توفير وسائل الرعاية اللازمة لهم أن يتم تعليم مثل هؤلاء الأطفال في المدارس العادية.

هذا ويمكن الوقاية من بعض الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقات الجسمية كالحوادث، وإساءة استخدام المواد، والتسمم، والحد من حدوث الحمل أثناء مرحلة المراهقة أو الحد من عدد المراهقات الحوامل، والحد من إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم. أما بالنسبة لتلك الحالات التي تحدث فيها الإعاقة فيمكن تقديم خدمات مختلفة لهم كاحتجازهم بالمستشفى،

والراحة بالسرير، وإجراء الجراحات الترقيعية، واستخدام الأجهزة التعويضية، والأساليب التكيفية للحياة اليومية وهو الأمر الذي يعتمد في الواقع على التقييم الدقيق للحالة، والتعرف على خصائصها السيكلوجية والسلوكية حيث تعد هذه الفئة غير متجانسة. وعند حدوث مثل هذه التسهيلات يصبح من شأنها أن تساعد التلاميذ المعوقين جسمياً على التحصيل الأكاديمي وأداء المهام الأكاديمية المختلفة وهو ما يتم بصورة مختلفة عما يقوم به أقرانهم غير المعوقين.

ومن الجدير بالذكر أنه لا يوجد هناك نمط شخصية معين يرتبط بأي إعاقة جسمية معينة، ويميزها عن غيرها، بل إن العديد من الأفراد المعوقين جسمياً يتمكنون من الوصول إلى مستوى جيد من التوافق مع تلك الإعاقات التي يعانون منها. وفي سبيل ذلك فإن هناك أموراً معينة تحكم اختيار الجراحة الترقيعية، أو الأجهزة التعويضية، أو الوسائل التكيفية للحياة اليومية هي البساطة، والثبات، واستغلال الوظيفية المتبقية. هذا وقد قدمت التطورات التكنولوجية وسائل مفيدة لهؤلاء الأفراد ولكن الاستغلال الأمثل لها يتطلب إجراء تقييم دقيق لحالة كل فرد على حدة حتى نتمكن من اختيار وتحديد ما يتناسب معها.

وينبغي أن تركز البرامج التربوية المقدمة لهؤلاء الأفراد على جوانب قوتهم وعلى خصائصهم الفردية العقلية، والحسية، والجسمية، والانفعالية وهو الأمر الذي يجب أن يتم وضعه في الاعتبار عند تطوير الخطط والبرامج التربوية المختلفة، كما يجب الاهتمام أيضاً بالخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية. ومن الملاحظ أنه عند تسكين الطفل المعوق جسمياً في الفصل العادي فإنه سوف يحتاج إلى مساعدة خاصة في الحياة اليومية، والحركة، والمهارات الوظيفية. ومن جانب آخر فإن الجوانب التربوية المقدمة للطفل يجب أن تعمل على تعليمه الاستقلالية، والكفاءة الذاتية في الأنشطة اليومية، وتطوير مهاراته الأكاديمية، وإعداده إما لتعليم متطور بعد المرحلة الثانوية، أو لشغل وظيفة معينة.

ومن ناحية أخرى فإن التشخيص المبكر للطفل واللجوء إلى التدخل المبكر يسهمان في تعليمه التواصل، كما يساعدان المحيطين به على الإمساك به وتناوله التناول الصحيح ووضعه في المكان بشكل ملائم وهو الأمر الذي يساعده على استمرار التعلم. كذلك فهي تساعد من جانب آخر على تعليم الطفل المهارات الحركية كجزء من الدروس اليومية في مساعدة الذات والتواصل. ويجب أن يستمر التدخل خلال مرحلتي المراهقة والرشد حتى لا يفقد الفرد قدراته. ومن أهم الأمور التي ينبغي أن يتم تعليمها للأفراد المعوقين جسمياً اختيار تلك المهنة التي تناسب ظروفهم وقدراتهم فضلاً عن تعليمهم الجنسية الاجتماعية من خلال تدريبهم على إقامة العلاقات الاجتماعية، والتدريب على أنماط التعبيرات الجنسية وحقهم في الزواج وإنجاب الأطفال.

الفصل الخامس عشر

15

الاطفال الموهوبون والمتفوقون

Learners with Special Gifts and Talents

مقدمة:

مما لا شك فيه أننا من الممكن أن نجد هناك العديد من الأفراد الموهوبين الذين قد لا يسمع عنهم أحد، ولا يعرفهم أحد، بل حتى إن أحداً لا يشخصهم على أنهم كذلك. والمشاهد كما يشير البعض أنه حتى أصدقاء هؤلاء الأفراد الحميمين قد لا يدركون أنهم موهوبون. ومن جانب آخر فقد يرجع في بعض الأحيان عدم اكتشاف موهبة أولئك الأفراد إلى أسرهم، وربما إلى أصدقائهم الحميمين حيث لا يعطي هؤلاء قيمة معينة لتلك القدرات الخاصة التي يتميز بها أولئك الأفراد، بل إنهم قد ينظرون إليها على أنها أمور عادية. وفي أحيان أخرى قد لا يتم اكتشاف موهبة أولئك الأفراد بسبب عدم إتاحة الفرص اللازمة لهم، أو عدم حصولهم على التدريب الكافي وخاصة بالنسبة لأولئك الأطفال الذين ينحدرون من أسر فقيرة أو الذين ينتمون إلى جماعات الأقليات. ومن ثم يتم حرمانهم بذلك من الفرص المناسبة التي من شأنها أن تساعدهم على تطوير قدراتهم الكامنة. ونحن نؤكد أننا إذا ما أتحنا مثل هذه الفرص أمام الجميع، ووفرنا لهم التدريب اللازم لتطوير قدراتهم ومهاراتهم فسوف نجد لدينا العديد من الفنانين البارزين والعلماء المتميزين.

وعلى العكس من التخلف العقلي وغيره من الإعاقات فإن الموهبة تعد كما يشير كولمان وكروس(2000) Coleman & Cross وسويتك (1998) Swiatek وكروس (1997) Cross بمثابة أمر يعمل الفرد متعمداً على تطويره ورعايته حيث أنها في واقع الأمر لا تمثل وصمة، ولا تبعث على الرفض من جانب الآخرين كما هو الحال بالنسبة للإعاقات المختلفة وذلك على الرغم من أن تفوق الفرد في مجال معين على أقرانه العاديين قد يجعله عرضة للنقد من جانبهم، وقد يعرضه في بعض الأحيان للعزلة الاجتماعية سواء من جانب الأقران أو حتى من جانب الوالدين كما هو الحال بالنسبة للعديد من الأطفال الذين يبدون تفوقاً كبيراً على أقرانهم في التحصيل الأكاديمي. كذلك فقد وجد بعض الأصدقاء في موهبة جيم جيليزJim Gillis ككاتب أمراً صعباً كي يتقبلونه إذ أنه كان كاتباً موهوباً ومتميزاً حيث حصل على التدريب اللازم لسنوات عديدة أتاحت له تطوير موهبته ورعايتها.

ومن هذا المنطلق فإن هناك العديد من المشكلات التي تحيط بالموهبة والتي توازي في ذات الوقت تلك المشكلات التي ترتبط بالإعاقات المختلفة كما أوضحناها على مدار الفصول السابقة حيث نجد على سبيل المثال أن هناك نفس الأنماط من الصعوبات والمشكلات فيما يتعلق بتعريف الأطفال الموهوبين وتحديدهم وهي ما توازي نفس الصعوبات التي نواجهها عند

تعريفنا للتخلف العقلي أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية مثلاً. إلا أن هناك سؤالاً فلسفياً على درجة كبيرة من الأهمية يتعلق بالموهبة وهو الأمر الذي يجعلنا نفكر بشكل مختلف حول هذا النوع من الاستثناءات أي الموهبة حيث أن معظمنا يشعر بنوع من الالتزام الخلقي بتقديم المساعدة لأولئك الأفراد الذين يعدون في وضع يقل عن أقرانهم العاديين أو المتوسطين كما هو الحال بالنسبة للأفراد المعوقين عامة حيث يوجد لديهم ما يحول بينهم وبين تحقيق مستويات عادية من الكفاءة أو الوصول إليها ما لم يتم تقديم مساعدات خاصة لهم وهو الأمر الذي نحرص على تقديمه من خدمات في إطار التربية الخاصة. إلا أن الأمر يختلف تماماً بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يتميزون بالمواهب الخاصة وهو ما قد يجعلنا نتردد في التزامنا الخلقي نحو تقديم المساعدة اللازمة لشخص يخضع بالفعل لنوع من الإسراع أو التسريع التربوي الذي يعتبر في حد ذاته مساعدة من شأنها أن تجعله أفضل من أقرانه، وأن تجعله متميزاً عنهم من خلال استغلال تلك الموارد غير العادية التي يتم إتاحتها له حتى يمكننا أن نعمل على تنمية قدراته المختلفة التي تمثل جوانب قوة بالنسبة له، وأن نقوم باستغلالها إلى الحد الأقصى.

وجدير بالذكر أن التربية الخاصة التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال ذوي المواهب الخاصة تقبع في هذا المضمار حيث تقوم كما يرى جالافر Gallagher (2000b) على ضرورة تقديم المساعدة والرغبة في تقديمها لأولئك الأطفال مرتفعي التحصيل أو الإنجاز عامة بشكل ملفت حتى نتمكن من تطوير قدراتهم وتنميتها واستغلالها إلى الحد الأقصى كي يكونوا هم الأفضل على الإطلاق. ويشهد الوقت الراهن في هذا الخصوص تأكيداً على استخدام البرامج المختلفة التي يمكن بموجبها أن نقوم بتنمية وتطوير المواهب التي يتميز بها جميع التلاميذ. ورغم أن البعض يرى أنه يجب أن يقل اهتمامنا الخاص الذي نوليه لأولئك الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم موهوبون في مقابل اهتمامنا بأقرانهم العاديين الذين توجد لديهم بعض المواهب ولكن لم يتم تشخيصهم بعد على أنهم كذلك، فقد رأى العديد من الباحثين أن هذا الاتجاه ليس صحيحاً أو حكيماً على الإطلاق حيث يجب أن نولي أولئك الأطفال الموهوبين جل اهتمامنا وألا نقلل مطلقاً من اهتمامنا بهم كما يدعي البعض.

تعريف الموهبة: Definition

من الملاحظ بل ومن الأمور المسلم بها أن الأطفال الموهوبين يتفوقون في بعض المجالات على أقرانهم العاديين في نفس عمرهم الزمني. إلا أن هناك اتفاقاً كما يرى زيجلر وهيلر Ziegler & Heller (2000) وماتيوز Mathews (1998) يذهب إلى أبعد مما تعكسه مثل هذه العبارة الخاوية يتعلق بتلك الكيفية التي ينبغي أن يتم بموجبها تعريف الموهبة حيث أنه لا

يوجد حتى الآن تعريف قاطع للموهبة وهو الأمر الذي دفع بالأنساق المدرسية المحلية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى التباين الشاسع في تلك الممارسات التي يتم تقديمها في كل منها بخصوص تربية وتعليم الأطفال الموهوبين. وبذلك فإن هناك على الجانب الآخر اختلاف أو عدم اتفاق في الأساس حول تعريف الموهبة يرجع في أصله إلى وجود فروق أو اختلافات في الرأي تتعلق بالعديد من الأسئلة من أهمها الأسئلة التالية:

1 – في أي المجالات يبدي الأطفال الموهوبون تفوقاً؟ فهل يتفوقون في الذكاء العام، أو البصيرة، insight أو الإبداع والابتكارية، أو المواهب الخاصة، أو التحصيل في المقررات الأكاديمية المختلفة، أو في مجال معين يقدرونه من مجالات العمل، أو في الحكم الخلقي، أو في أكثر من جانب واحد من هذه الجوانب في ذات الوقت ؟ وإذا كنا في الواقع نجد أن كل فرد يكون موهوباً في مجال معين أو آخر فأي نمط من هذه المواهب يعد هو الأكثر أهمية؟ وبالتالي فسوف يتولد عن ذلك سؤال آخر مؤداه : أي نمط من أنماط الموهبة هو الذي يجب أن نشجعه بين أطفالنا؟

2– كيف يتم قياس الموهبة ؟ وهل يمكن أن يتم قياسها عن طريق استخدام مقاييس استعدادات مقننة، ومقاييس مقننة أخرى للتحصيل، وأحكام المعلمين أو ترشيحاتهم، والأداء السابق للطفل في المدرسة أو في الحياة اليومية، أو عن طريق وسيلة أخرى معينة؟ وإذا ما تم قياس الموهبة عن طريق استخدام وسيلة واحدة معينة فإن ذلك قد يكون من شأنه زيادة الاهتمام ببعض الأفراد والتغاضي عن بعضهم الآخر، أما إذا ما كان الأداء السابق للطفل هو المقياس والمحك الأساسي لذلك فإنه يتم تعريف الموهبة في تلك الحالة بناء على حقيقة ثابتة، فأي هذه الأساليب التي يمكن استخدامها في قياس الموهبة هو الذي يتسم بالصدق والثبات ؟ وأي المقاييس هي التي يمكن أن نصل بموجبها إلى تحديد لأولئك الأطفال الذين توجد لديهم قدرات كامنة تمثل مواهب خاصة يمكن تنميتها وتطويرها ؟

3– إلى أي مدى أو درجة يجب أن يبدي الطفل تفوقاً حتى يمكن اعتباره موهوباً ؟ وهل يجب أن يكون أفضل من 50 % أو 80 % أو 90% أو 99% من تلك المجموعة التي تتم مقارنته بأعضائها ؟ وإذا ما كان عدد الأفراد الموهوبين سوف يتباين وفقاً لذلك المحك أو تلك المحكات التي يتم استخدامها في سبيل تعريف الموهبة فما هي النسبة المئوية من الأفراد الذين يمكن أن نعتبرهم موهوبين أو ذوي مواهب خاصة ؟

4– من هم أولئك الأفراد الذين يجب أن تتألف منهم مجموعة المقارنة أو المجموعة المرجعية أو المحكية ؟ وهل يجب أن تتألف من كل طفل في نفس العمر الزمني، أو من الأطفال

الآخرين المقيدين بتلك المدرسة التي ينتظم الطفل بها، أو من جميع الأطفال الذين ينحدرون من ذات الأصل العرقي أو الإثني، أم أنها يمكن أن تضم تصنيفاً آخر غير ذلك؟ وإذا ما كان كل فرد في المجموعة يعد في الغالب هو الأكثر ذكاء أو قدرة فأي مجموعة هي التي ينبغي أن تضع المعيار المحدد الذي يتم الاحتكام إليه لتحديد الموهبة؟

5- لماذا يجب أن نقوم بتحديد الأطفال الموهوبين والتعرف عليهم؟ وما هي الفائدة الاجتماعية أو الثقافية التي نتوقعها من تحديد أولئك الأطفال؟ وهل من المهم أن نعمل على تلبية الاحتياجات الفردية التربوية للتلاميذ الموهوبين؟ وهل يمكن لتلك الأمور التي تتعلق بكل من الاقتصاد القومي والأمن القومي أن تتأثر بذلك؟ وهل يعمل تحديد أولئك الأفراد على إفراز مجموعة الصفوة أو قوة اجتماعية معينة؟ وإذا ما قمنا بإتاحة فرص التربية الخاصة لأولئك التلاميذ فهل يكون من شأنه أن يساعد الأطفال الآخرين على أن يجنوا أو يحققوا فوائد شخصية واجتماعية معينة على أثر ذلك؟ وما هي تلك المحكات التي ينبغي أن يتم استخدامها لنتأكد من أن ذلك الأسلوب المتبع في تحديد التلاميذ الموهوبين هو الأسلوب الصحيح الذي يكون من شأنه أن يأتي بنتائج جيدة؟

وعلى هذا الأساس فإننا يمكن أن نستنتج أن الموهبة مثلها في ذلك كالتخلف العقلي هي ما نريد لها أن تكون عليه إذ أن بإمكاننا كما يشير كل من جالافر(Gallagher (2000a, b وكلاهان (Callahan (1997 وبورلاند (Borland (1997 أن نعتبر شخصاً ما موهوباً أو حتى متخلفاً يوماً ما وأن نعتبره غير ذلك في اليوم التالي. وهذا يرجع ببساطة إلى أن ذلك التعريف العفوي الذي وضعناه لهذا أو ذاك قد تغير حيث لا يوجد هناك شيء صحيح أو حتى خطأ بالوراثة في تلك التعريفات التي يستخدمها المختصون. ومن ثم فإن بعض هذه التعريفات يعد أكثر منطقية، وأكثر دقة، وأكثر فائدة قياساً بغيره من التعريفات الأخرى ولكننا لا نزال مع ذلك غير قادرين على أن نقرر بصورة مطلقة أن مثل هذه التعريفات تعد هي الأكثر صحة. ولذلك يصبح علينا أن نحاول القيام بسبر غور مفاهيم الموهبة كاستعداد والموهبة كأداء، وأن نتفكر في تلك الأسباب التي نقوم بموجبها بتحديد أولئك الأفراد الموهوبين أو ذوي المواهب الخاصة وذلك قبل أن يصبح باستطاعتنا اتخاذ أي قرار بشأن تعريف الموهبة والموهوبين. ومما لا شك فيه أن تعريف الموهبة الذي سوف نتوصل إليه سوف يتشكل إلى حد كبير كما يشير هيلر وآخرون (Heller et.al. (2000 وهاولي وآخرون (Howley (1995 et.al. على أساس ما نعتقد وفقاً لثقافتنا أنه هو الضروري أو الأكثر فائدة لها في سبيل

بقائها واستمرارها، وعلى ذلك فإننا لن نكتشف الموهبة بل إننا سوف نقوم بابتكارها على أثر ذلك.

ومن جانب آخر فإنه حتى المصطلحات التي تستخدم للدلالة على الموهبة تتضمن قدراً كبيراً من التداخل فيما بينها مما يسبب نوعاً من التشويش وعدم الوضوح. وفضلاً عن ذلك فإن هناك مجموعة من المصطلحات يتم استخدامها في سبيل وصف أولئك الأفراد الذين يبدون تفوقاً في مجال واحد أو أكثر من أهمها؛ موهوب gifted، وموهوب أدائياً talented، ومبدع،creative وعبقري genius، ونافذ البصيرة insightful، ومتميز بالاستعداد العقلي غير العادي أو بالنضج المبكرprecocious على سبيل المثال. ويمكن أن نعرض لمثل هذه المصطلحات على النحو التالي:

- **النضج المبكر أو الاستعداد العقلي غير العادي :precocity** ويشير إلى النمو المبكر غير العادي، ومن المعروف أن العديد من الأطفال ذوي المواهب غير العادية يبدون نضجاً مبكراً في جوانب معينة من جوانب نموهم كاللغة، أو الموسيقى، أو القدرة الحسابية على سبيل المثال. كما أن معدل النمو العقلي للأطفال الموهوبين يتجاوز ذلك المعدل الذي يتسم به أقرانهم العاديون .

- **البصيرة: insight** وتعني القدرة على عزل المعلومات المرتبطة بالموضوع عن تلك المعلومات التي لا ترتبط به والوصول إلى أساليب حديثة وأكثر فائدة لضم وتركيب الأجزاء المرتبطة من المعلومات معاً، أو القيام برواية أو سرد المعلومات الجديدة والقديمة بأسلوب حديث ومنتج .

- **العبقرية: genius** ويتم استخدام هذا المصطلح أحياناً للدلالة على استعداد خاص أو قدرة خاصة في أي مجال. إلا أنه يتم استخدامه في الغالب للدلة على وجود قدرات عقلية نادرة ومرتفعة للغاية لدى الفرد، أو الإبداع والابتكارية غير العادية.

- **الإبداع : creativity** وتشير إلى قدرة الفرد على التعبير عن أفكاره الجديدة والمفيدة، وإلى شعوره بالعلاقات الهامة والجديدة وإدراكها، وقدرته على توضيحها وتفسيرها، وأن يسأل عن تلك الأسئلة الهامة والحاسمة التي لم يفكر أحد فيها من قبل.

- **الموهبة (الأدائية): talent** استخدم هذا المصطلح من قبل للدلالة عن قدرة خاصة معينة، أو استعداد خاص، أو القدرة على الأداء المتميز. إلا أن الآراء الحديثة تكاد تجمع كلها على أن هذا المصطلح إنما يستخدم للدلالة عن الأداء المتميز للفرد أي عن الموهبة كأداء متميز أو القدرة على الأداء المميز والمتميز وهو ما يظهر بداية من مرحلة المراهقة وما بعدها.

- الموهبة (كاستعداد فطري) :giftedness يشير هذا المصطلح إلى التكامل بين القدرات العقلية المعرفية المتميزة، والتفوق الذي لا يشترط أن يصل إلى حد العبقرية، والإبداع أو الابتكارية، والدافعية والذي يضع الطفل في مستوى يميزه عن الغالبية العظمى من أقرانه في مثل سنه، ويجعل من الممكن بالنسبة له أن يحقق إسهاماً معيناً ذات قيمة له ولمجتمعه. وتكاد تجمع الآراء الحديثة على أنها إنما تدل على الموهبة دون أي تأثير من البيئة أي أنها تدل على الموهبة كاستعداد فطري بكل ما يمكن أن يتضمنه من جوانب مختلفة، ولذلك فهي تسود خلال مرحلة الطفولة لأنها تتحول بداية من مرحلة المراهقة إلى قدرة على الأداء المتميز.

ومن الملاحظ أنه لا يوجد أي قانون فيدرالي ينص على تقديم التربية الخاصة للتلاميذ الموهوبين كما هو الحال بالنسبة للتلاميذ المعوقين وذلك على الرغم من أن التشريعات الفيدرالية تشجع الولايات المختلفة على تصميم وتطوير برامج تربوية خاصة بهؤلاء الأطفال الموهوبين وتدعيم ذلك بالبحوث اللازمة. ولذلك فهناك في غالبية الولايات برامج إلزامية أو إجبارية لهم. وتعتمد تعريفات الموهبة التي تتبناها مختلف الولايات على وجود عناصر معينة وأساسية. ومن أهم العناصر التي تتضمنها هذه التعريفات ما يلي :

1- القدرات العقلية العامة .

2- الاستعدادات الأكاديمية الخاصة .

3- القدرة على التفكير الابداعي .

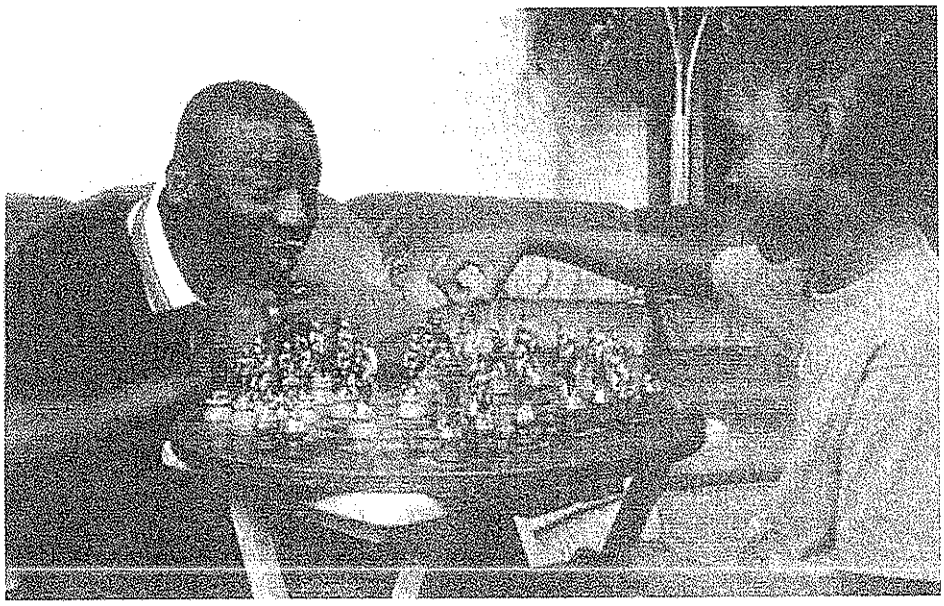
4- القدرة المتطورة في الفنون الجميلة أو الفنون الأدائية .

5- القدرة على القيادة .

6- القدرة الحس حركية .

ومن الملاحظ أن هذه العناصر التي تتضمنها تلك التعريفات إنما يتضمنها جميعاً ذلك التعريف الذي قدمه مارلاند Marland منذ بداية العقد الثامن من القرن الماضي أي منذ بداية سبعينيات القرن الماضي وذلك عندما كان يشغل منصب مفوض التربية الأمريكي.

ومما لا شك فيه أن الموهبة (أو العبقرية) تتضمن كما يشير شيرمر(2001) Shermer فروقاً كمية وكيفية في التفكير، فالأفراد الموهوبون عادة ما يعملون في الواقع بجد واجتهاد إذ أن لديهم قدراً مرتفعاً من الدافعية. وبالطبع فإن الكم فقط لا يجعل من الفرد إنساناً عبقرياً إذ أن كيف هذا الكم يعد على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الخصوص. كما يتسم الأفراد الموهوبون كما يرى هيلر وآخرون (2000).Heller et.al بأنهم يفكرون كثيراً، ولكنهم لا يفكرون أو يعملون كثيراً فحسب، بل يفكرون بشكل أفضل من معظمنا، ويؤدون أعمالهم بصورة أفضل من غالبيتنا.



يتميز الأفراد الموهوبون بقدرات عقلية بارزة تسمح لهم بمنافسة الراشدين ذوي الذكاء المتوسط

هذا وقد بدأنا في مجال التربية الخاصة كما يشير كارنيز وبين (2001) Karnes & Bean وشتيرنبرج (2000، 1998) Sternberg في تقبل تلك الأساليب العديدة المختلفة التي يتم عن طريقها التعبير عن الموهبة في المجالات المختلفة. كما بدأ المعلمون أيضاً في تقبل ذلك المدى الذي وصل إليه معنى الموهبة في اتخاذ جذورها من القيم الثقافية. وبينما تقيس اختبارات الذكاء العادية قدرة الفرد على التفكير الاستنتاجي ووصوله إلى إجابة واحدة يمكن النظر إليها كما يرى شتيرنبرج (2001) Sternberg وشتيرنبرج وديس (2001) Sternberg &Dess ولينش وهاريس (2001) Lynch &Harris على أنها صواب أو خطأ، وبالتالي تحديد درجة معينة لها فإن اختبارات الإبداع تعتمد على تعدد الاستجابات التي يمكن أن يأتي الفرد بها. وقد أصبح موضوع الإبداع مجالاً جذاباً للتعليقات والتفسيرات والبحوث في بدايات القرن الحادي والعشرين حيث أفردت مجلة عالم النفس الأمريكي American Psychologist العديد من المقالات عن الموهبة الابداعية للكاتب جون إيرفنج J. Irving (Amabile, 2000) والعالم الفيزياء لينوس باولنج L. Pauling (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2001)، والعلماء توماس يونج T. Young (Martindale, 2001)، وتشارلز داروين C. Darwin (Gruber &Wallace, 2001)، إلى جانب الكاتب ستيفن دونالدسون S. Donaldson (Ward,2001)، والرسام كلاودي مونيت Claude Monet (Stokes, 2001).

وغني عن البيان أن إدراك أوجه الذكاء الإنساني العديدة قد أدى كما يشير جولد Gould (1996) إلى عدم الرضا عن التصورات السابقة للذكاء العام التي اختزلته إلى مجرد رقم واحد تمثله نسبة الذكاء. وفي هذا الإطار يقدم شتيرنبرج Sternberg (1997) نظريته عن الذكاء التي يعرض فيها لثلاثة أنماط من الموهبة هي الموهبة التحليلية، والتركيبية أو الابتكارية، والعملية وذلك كما يلي:

- **الموهبة التحليلية: analytic giftedness** تتضمن هذه الموهبة القدرة على عزل مشكلة معينة عن غيرها، وفهم أجزائها، وكيفية ترابط تلك الأجزاء معاً. وهي ما تعد بمثابة مهارة يمكن قياسها عن طريق اختبارات الذكاء التقليدية.
- **الموهبة التركيبية أو الابداعية: synthetic, creative** وتتضمن هذه الموهبة البصيرة أو الحدس، أو الإبداع والابتكارية، أو الحذق والخبرة في مسايرة المواقف الجديدة، والمهارة التي يصحبها ارتفاع التحصيل في الفنون والعلوم.
- **الموهبة العملية: practical** وتتضمن تطبيق القدرات التحليلية والتركيبية على حل المشكلات اليومية. كما أنها تتضمن أنماط المهارات التي تميز الأفراد الناجحين في وظائفهم.

وهناك بحوث أخرى كتلك التي أجراها كل من جاردنر وهاتش Gardner & (1989) Hatch وراموس- فورد وجاردنر Ramos-Ford & Gardner (1997) في هذا الإطار قد أسفرت نتائجها عن وجود ذكاءات متعددة multiple intelligences كالذكاء المنطقي- الرياضي، والذكاء اللغوي، والذكاء الموسيقي، والذكاء المكاني، والذكاء الحركي، والذكاء الاجتماعي أو بين الشخصي، والذكاء الشخصي أو الذاتي. ومع ذلك يرى وايت وبرين White &Breen (1998) ودليسلي Delisle(1996) أن مفهوم الذكاءات المتعددة قد يساء فهمه، كما قد يساء استخدامه أيضاً إذ قد يستخدمه البعض أحياناً ليدل على أن كل فرد يتساوى في ذكاءاته بمعنى أنها جميعاً تعد ذات مستوى واحد لدى نفس الفرد. وسواء اعتبرنا الذكاء خاصية عامة أو قمنا بتحديده على أن له خصائصه الفريدة فإنه كموضوع لا يزال يشهد جدلاً كبيراً، وإن ظلت آثاره رغم ذلك على تعريف الموهبة. ويرى شتيرنبرج (2000، Sternberg (1998 وجولد Gould (1996) أن الذكاء قد يكون نمطاً متطوراً من الخبرة في مجال معين، ولكنه ليس خاصية استاتيكية ثابتة أو سمة يمكن قياسها بصورة دقيقة عن طريق استخدام اختبار معين. وبغض النظر عن تلك الكيفية التي انتهى إليها الجدل الدائر حول هذا الموضوع فإننا قد قطعنا شوطاً كبيراً في تصور طبيعة الذكاء الإنساني منذ ابتكار ما يعرف بنسبة الذكاء IQ.

هذا وقد انتهت الأنماط القديمة للموهبة التي سادت فترة زمنية ليست قصيرة وحلت محلها أنماط أخرى حديثة وحقيقية وتستند إلى أسس علمية، فوجدنا على سبيل المثال أن الكثيرين كانوا يعتقدون في تلك الخرافة التي ترى أن الأفراد الموهوبين يتفوقون في جميع المجالات، ومن ثم فإنهم يشكلون فئة متميزة من الأفراد. وقد كانت مثل هذه الخرافة هي المسئولة جزئياً عن تلك الجاذبية التي أبداها عامة الناس للمبدعين، كما كانت مسئولة جزئياً أيضاً عن ذلك الاتجاه الذي يميل إلى التودد والتملق لأولئك الأفراد الذين يؤدون أعمالهم بشكل مميز وبأسلوب ساحر.

أما الآن فإن العديد من الخبراء المختصين في تربية الموهوبين يرون أن الموهبة إنما تشير إلى قدرات متميزة من جانب الأفراد في مجالات معينة من مجالات الأداء المختلفة والتي قد تظهر في ظل ظروف معينة دون سواها. وبذلك فرغم أن الموهبة تعد بمثابة قدرة متميزة على أداء شيء ما ذي قيمة للمجتمع فإنها ليست سمة موروثة أو ثابتة وغير قابلة للتغير تظل بالضرورة مع الفرد مدى حياته. وفضلاً عن ذلك فإن وجود موهبة خاصة في مجال معين لدى الفرد لا يعني بالضرورة أنه سيكون متفوقاً في جميع الجوانب الأخرى.

وهناك نقطة هامة أخرى في إعادة تصور الموهبة تتمثل في إدراكها على أنها مثل الجمال عبارة عن شيء يتم تعريفه عن طريق الاتفاق الثقافي أي يتفقون عليه من الناحية الثقافية. وعلى ذلك يقترح شتيرنبرج وزانج (1995) Sternberg & Zhang خمسة محكات يمكن بمقتضاها الحكم على الفرد على أنه موهوب أم لا، وهذه المحكات هي:

1- التميز:**excellence** وهو ما يعني أن الفرد يجب أن يكون متفوقاً على أقرانه في بعد أدائي واحد محدد أو مجموعة أبعاد .

2- الندرة: **rarity** وتعني أن أفراداً قليلين للغاية في مجموعة الأقران هم الذين يبدون سمة معينة أو مجموعة سمات خاصة.

3- إمكانية الإثبات: **demonstrability** وتعني أن الفرد يجب أن يكون قادراً على أن يبدي قدرته المتميزة والنادرة عن طريق نمط معين من القياس الصادق أي أنه لا يدعي أنه موهوباً فحسب.

4- الإنتاجية: **productivity** وتعني أن أداء الفرد يجب أن يؤدي إلى إنتاج شيء معين أو يكون بإمكانه أن يؤدي إلى ذلك.

5- القيمة: **value** وتعني أن أداء الفرد يتم تقديره من جانب المجتمع .

ويرى شتيرنبرج وزانج Sternberg & Zhang أيضاً أن معظم الأفراد يعتقدون بصورة

حدسية أن كلاً من هذه المحكات الخمسة يعد ضرورياً، وأن تلك المحكات جميعها تعتبر كافية لتعريف الموهبة. وكذلك يبدو كما يرى تاننبوم (Tannenbaum (1993 ،a2000وهونساكر Hunsaker (1995) أن هناك تعريفات مشابهة قامت على الحدس والاتفاق وظهرت في كل الثقافات على امتداد تاريخها. ويرى بعض الباحثين أمثال سالي ريس ورينزولي Reis, S. & Renzulli (2001) ورينزولي وريس Renzulli &Reis (1997 ،2000) أننا عندما نتحدث عن الموهبة يجب أن نتحدث عن أفراد يتميز سلوكهم بالموهبة أي يتسمون بسلوكهم الموهوب، ولا يكونوا مجرد أفراد موهوبين فحسب نظراً لأن الأفراد عادة ما يظهرون مواهب خاصة في ظل ظروف معينة فقط .

معدل الانتشار : Prevalence

تؤكد التقارير والتشريعات الفيدرالية كما يرى جانيه Gagné (2000) أن ما بين 3-5% تقريباً من الأطفال في سن المدرسة بالولايات المتحدة الأمريكية يعدون من ذوي المواهب الخاصة. إلا أن الواقع يشهد أن معدل انتشار الموهبة يعتبر دالة للتعريف الذي يتم اختياره والعمل به، فإذا ما تم تحديد الموهبة أو تعريفها على أنها أعلى نسبة مئوية محددة وفقاً لمحك معين يصبح بإمكاننا أن نجيب على مسألة الانتشار وأن نجد حلاً صريحاً لها، وإذا ما كانت تلك النسبة المئوية التي أشرنا إليها للتو تشير إلى نسبة مئوية معينة من عينة قومية فإن معدل انتشار التلاميذ الموهوبين في مدرسة معينة أو في جماعة ثقافية معينة قد يختلف عن ذلك المعدل الذي يميز مجموعة المقارنة أي المجموعة المحكية أو المرجعية بغض النظر عن تلك المحكات التي يتم استخدامها في سبيل قياس الأداء.

أصول الموهبة وجذورها : Origins of Giftedness

من الجدير بالذكر أن الموهبة كما تعرف في الوقت الراهن ليست عبارة عن ذلك الشيء الذي يضع بعض الأفراد بعيداً عن أولئك الأفراد ذوي المستوى المتوسط بحيث يبدو أعضاء الطرف الأول أكثر ارتفاعاً أو تفوقاً من أعضاء الطرف الثاني. ولكنها بدلاً من ذلك تشير إلى قدرات أدائية غير عادية، تتسم بأنها تعد نوعية أو خاصة، وذات قيمة قد تظهر من جانب بعض الأفراد خلال فترات معينة من حياتهم. ومن ثم فإن العوامل الأساسية التي تسهم في حدوث الموهبة لا تختلف في الواقع عن تلك العوامل التي تسهم في حدوث أي نمط سلوكي سواء كان نمطاً عادياً أو غير عادي. وهذه العوامل هي:

1- العوامل الجينية أو الوراثية والعوامل البيولوجية الأخرى كالأداء الوظيفي النيورولوجي والتغذية على سبيل المثال.

2- العوامل الاجتماعية كالأسرة، والمدرسة، وجماعة الأقران، والمجتمع المحلي.

3- التفاعل بين المجموعتين السابقتين من العوامل، ووفقاً لذلك فإننا في هذا الإطار نعتبر محصلة لتأثيرات العوامل الجينية أو الوراثية من ناحية والعوامل الاجتماعية والبيئية المادية من ناحية أخرى، والتفاعل بينهما.

وإذا ما قلنا شيئاً غير ذلك فإننا نكون قد أنكرنا الواقع آنذاك. وعندما نقرر ذلك فإننا ينبغي أن نركز على تلك البيئة التي تعمل على رعاية الأداء الذي يدل على الموهبة أو ما يعرف بالسلوك الموهوب. وكما يرى المؤيدون لتقديم التربية الخاصة للأطفال الموهوبين فإن المحاولات التي تبذل في سبيل التأكد من تفوق سلالة معينة على أخرى أو طبقة اجتماعية أو اقتصادية معينة على أخرى سوف تصبح كما يشير روبر (1994) Roeper شيئاً غير مقبول، ولن يكون لها مكان في مجتمع يقدر العدالة وتكافؤ الفرص حيث نعتبر جميعاً أخوة في عالم يقوم على التداخل والجماعية والتعقيد. وعلى الرغم من أنه قد يتم تحديد الموهبة جزئياً عن طريق الوراثة فإن التأثيرات الوراثية تعتبر معقدة، كما أنها لا تتوزع عن طريق السلالة والطبقة الاجتماعية. كذلك فإن الفروق الجينية أو الوراثية في القدرات توجد كما يشير طومسون وبلومين (2000) Thompson &Plomin داخل الجماعات العرقية المختلفة والطبقات الاجتماعية المتباينة، ولكنها لا توجد رغم ذلك بين هذه الطبقات أو الجماعات. ومع ذلك فإن الأطفال لا يولدون ولديهم قدرات متساوية حيث يكون لدى بعضهم القدرة على أن يتعلم بشكل أسرع من غيره. وإلى جانب ذلك فإن قدراتهم تكون عرضة للعديد من المؤثرات الاجتماعية المختلفة، وينبغي أن تتفاعل مع ذلك السياق الاجتماعي الذي توجد فيه. وبالتالي فسوف يكون من الصعب علينا أن نجد هناك تلاميذ يتميزون بمواهب خاصة في مجتمع متعدد الثقافات حيث كما أوضحنا من قبل تأخذ الموهبة أصولها أو جذورها من الثقافة التي تنشأ فيها .

ومن ناحية أخرى فإننا نجد أن لكل من الأسرة والمدرسة وجماعة الرفاق والمجتمع المحلي تأثيراً كبيراً على تطور الموهبة لدى الطفل حيث تلعب الإثارة، والفرص المتاحة أمامه، والتوقعات، والمطالب، والمكافآت التي يتم إعطاؤها له بناء على ما يقوم به من أداء دوراً كبيراً في تعلم الطفل وتؤثر عليه بدرجة كبيرة في هذا الإطار. ولعله من المفيد أن نذكر في هذا الصدد أن العديد من الباحثين قد وجدوا على مدى عدة عقود كما يرى كل من تاننبوم Tannenbaum (2000a,b) وسوبوتنيك وأرنولد (2000، 1994) Subotnik &Arnold وبورلاند وآخرين (2000) .Boland et.al وكلارك (1997) Clark أن هناك علاقة دالة بين

المستوى الاقتصادي الاجتماعي ونسبة الذكاء ترجع جزئياً إلى أن ذلك الأداء الذي تقيسه اختبارات الذكاء المقننة يعتمد بلا شك على ما تتوقعه الأسرة، والمدرسة، والمجتمع المحلي من الأبناء، وما يتم تعليمه لهم. ومع توسيع مجال تعريفات الذكاء والموهبة لتضم مدى أوسع من المهارات والقدرات التي تتحدد بطبقة اجتماعية اقتصادية معينة فسوف نشهد بلا شك تغيرات في تلك الكيفية التي تحدث بها التأثيرات البيئية المختلفة على الموهبة.

ولكن كيف يمكن لكل من الأسرة والمدرسة والثقافة الأكبر أن ترعى موهبة الأطفال؟ ومن الواضح عند الإجابة على مثل هذا السؤال أن نتائج البحوث التي أجريت في هذا الإطار توضح كما تشير سيلفرمان (1997) Silverman أن الوالدين يختلفان بدرجة كبيرة في اتجاهاتهما نحو إدارة مهارة أطفالهما. هذا وتوضح نتائج دراسة أجريت على أولئك الأفراد الذين يحققون النجاح في مجموعة من المجالات أن المنزل والأسرة وخاصة خلال السنوات الأولى من مرحلة الطفولة يعتبران من وجهة نظر سوبوتنيك وأرنولد (1994)& Subotnik Arnold على درجة كبيرة من الأهمية في سبيل تحقيق هؤلاء الأطفال لذلك. وقد اتضح أن الأمور التالية تحدث في تلك الأسر التي يحقق أعضاؤها النجاح الباهر :

1- أن هناك شخصاً معيناً في الأسرة وعادة ما يكون هو أحد الوالدين أو كلاهما يبدي اهتماماً شخصياً بمهارة الطفل ويوفر له قدراً كبيراً من المساندة والتشجيع اللازم لتطوير وتنمية مهارته.

2- أن معظم الآباء كانوا يعدون بمثابة نماذج للدور على الأقل في بداية تطور موهبة الطفل وخاصة في إطار أسلوب الحياة.

3- يوجد تشجيع والدي نوعي للطفل على أن يقوم باستكشاف تلك الأنشطة المنزلية التي ترتبط بمجال الموهبة النامية والمشاركة في هذه الأنشطة، وأن تقوم الأسرة بالانضمام لمثل هذه الأنشطة المرتبطة والمشاركة فيها. كما يتم مشاركة الطفل تلك الإشارات البسيطة التي تصدر عنه وتدل على الاهتمام والقدرة.

4- من الأمور المسلم بها بالنسبة للوالدين أن الأطفال يجب أن يتعلموا في مجال موهبتهم وذلك بنفس الطريقة التي يتعلمون بها اللغة.

5- أن تلك السلوكيات والقيم المتوقعة التي ترتبط بالموهبة عادة ما تظهر في الأسرة إذ يكون من الملاحظ أن يتم تحديد جداول زمنية معينة ومعايير واضحة لذلك الأداء الذي يتناسب مع المرحلة النمائية للطفل .

6- أن التعليم الذي يتم تقديمه للأطفال هو تعليم غير رسمي ويحدث في مجموعة من المواقف. ويعتبر معظم التعلم المبكر استكشافياً، وغالباً ما يشبه اللعب.

7- أن الأسرة تتفاعل مع المدرب وتتلقى منه معلومات يقومون بموجبها بتوجيه ما يقوم به الطفل من ممارسات. ويتضمن التفاعل القائم أداء مهام معينة، والتركيز على نقاط أو معلومات معينة، أو العمل على حل مشكلات معينة، أو تحديد وقت معين يتوقع من الطفل خلاله أن يحقق أهدافاً وأغراضاً محددة، وتخصيص وقت معين للممارسة حتى يتمكن الطفل من الأداء الصحيح والمهاري لها .

8- يقوم الوالدان بملاحظة ما يقوم الطفل به من ممارسة ويصران على أن يقوم الطفل بالأداء المطلوب خلال الوقت المخصص للأداء، ويقدمان التعليم اللازم عند الضرورة، ويكافآنه على أدائه الجيد أو حال التزامه بمعايير معينة.

9- أن الوالدين يبحثان دوماً عن تعليم خاص لطفلهما، وعن معلم خاص له حتى يتمكنان من تنمية وتطوير موهبته.

10- يقوم الوالدان بتشجيع الطفل على المشاركة في الأحداث المختلفة كالحفلات وغيرها التي يمكن أن تظهر خلالها قدراته ومهاراته أمام الجميع .

توضح نتائج البحوث المختلفة أن للأسرة والمنزل عامة دوراً هاماً في تنمية ورعاية موهبة الطفل خاصة في السنوات الأولى من طفولته

ومن جانب آخر فإن الكيفية التي تقوم المدرسة من خلالها برعاية موهبة الأطفال قد نالت قدراً قليلاً من الاهتمام. ومع ذلك فإن تلك الأساليب التي تتخذها المدارس في سبيل تحديد الموهبة، وتصنيف الأطفال للحصول على التعليم اللازم، وتصميم المناهج الدراسية، ومكافأة التلاميذ على أدائهم الجيد في هذا المضمار لها أثرها الكبير على مستوى تحصيل التلاميذ عامة. فعندما تعمل المدرسة على تسهيل حدوث الأداء اللازم من جانب أولئك التلاميذ القادرين على التحصيل الأكاديمي في مستوى أعلى وذلك في مجالات معينة فإن الموهبة سوف توجد بالتالي بين الأطفال من كل الجماعات الثقافية والاقتصادية الاجتماعية .

تحديد الموهبة Jdentification of Giftedness

يعد قياس الموهبة بمثابة أمر معقد حيث لا يمكن أن يتم قياس بعض مكوناتها عن طريق الأساليب التقليدية. وإلى جانب ذلك فإن تعريف الموهبة ذاته يحدد تلك الكيفية التي يتم بها تفسير الدرجات التي يحصل الفرد عليها في الاختبار. ولكن إذا كان من المهم أن نحدد الموهبة في وقت مبكر من حياة الطفل فإن أولئك الأطفال ذوي المواهب الخاصة سوف يحققون إنجازاً ذاتياً، وتتم مساعدتهم في سبيل تطوير قدراتهم الخاصة حتى يتمكنون من تحقيق إسهام أو إنجاز فريد وذات قيمة للمجتمع، وبالتالي يصبح من المهم أن نستخدم الأساليب المناسبة في سبيل ذلك. وتتضمن الأساليب الأكثر شيوعاً التي تستخدم في سبيل تحديد الموهبة أساليب عديدة من أهمها ما يلي:

1- نسبة الذكاء سواء تم استخدام اختبارات ذكاء فردية أو جماعية .

2- درجات اختبار التحصيل المقننة .

3- ترشيحات المعلمين .

4- ترشيحات الوالدين .

5- ترشيحات الأقران .

6- الترشيحات الذاتية .

7- تقييم عمل التلميذ أو أدائه.

وعادة ما يتم استخدام أكثر من أسلوب واحد من هذه الأساليب ولا يتم الاكتفاء بأسلوب واحد منها فقط. ومع ذلك فإن تلك الممارسات التي يتم إتباعها بغرض تحديد المواهب تعد محل خلاف وإن كان الواقع يشهد أنه يتم تجاهل أفضل هذه الممارسات . وعند تصميم إجراءات تحديد المواهب التي تعتبر عادلة بالنسبة لجميع الأفراد من كل الثقافات ومن كل

الجماعات العرقية والطبقات الاجتماعية على السواء يشير بورلاند وآخرون (2000) Borland et.al. وهيلر وآخرون (2000).Heller et.al وفيلدهوسين وأيروان (2000) Feldhusen &Iarwan وفورد (1998) Ford وفريزر وباسو (1994) Frasier &Passow أنه يجب على المعلمين أن ضعوا في اعتبارهم تلك التعريفات المتباينة للموهبة، وأن يدركوا تأثير التباين الثقافي على سلوكيات الأطفال. ومن المهم عند تناول تلك الفروق التي تتعلق بالتعدد الثقافي أن يتم إدراك ما يرتبط بالوضع الاجتماعي الاقتصادي من تباين، وكذلك الحال بالنسبة لذلك التباين الذي يتعلق باللغة، والقيم التي تتشكل في إطار الجماعة الثقافية والعرقية المتباينة وداخلها، وألا يقف الأمر عند مجرد التعرف على تلك الفروق التي توجد بين مثل هذه الجماعات. وفي هذا الإطار يقترح هونساكر وكلاهان (1995) Hunsaker &Callahan ثمانية مبادئ عامة لتحديد المواهب بين الأطفال من شأنها أن تساعد على حدوث مثل هذا التحديد بشكل عادل يبتعد تماماً عن التحيز، أو ما شابه ذلك وهو الأمر الذي يتيح الفرص المتكافئة لذلك أمام جميع الأطفال. وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

1- أن يتجاوز التقييم ذلك المفهوم الضيق للموهبة .

2- أن يتم استخدام استراتيجيات منفصلة ومناسبة لتحديد الموهبة بجوانبها المختلفة.

3- أن يتم استخدام استراتيجيات وأدوات صادقة وثابتة لقياس المواهب .

4- أن يتم استخدام أدوات مناسبة عند تحديد المواهب بين أولئك الأطفال الذين لا يتلقون الخدمات المناسبة أو الذين لا يتلقون القدر المناسب من الخدمات.

5- أن يتم تقييم كل فرد على حدة، ويتم إدراك وتفسير تلك الدرجة التي يحصل عليها في أي مقياس يتم استخدامه لذلك .

6- أن يتم إتباع مدخل معين في تحديد المواهب يعتمد على تعدد المقاييس وتعدد المحكات المستخدمة .

7- أن يتم تقبل تلك القيمة التي تتضمنها دراسة الحالة الفردية وأوجه القصور التي تنتج عن وضع درجات الفرد التي يحصل عليها معاً في ضوء ذلك.

8- أن يقوم تحديد موهبة الفرد وتسكينه الملائم على حاجاته الفردية وقدراته وليس على أساس عدد الأفراد الذين يمكن تقديم الخدمة المطلوبة لهم .

وعلى هذا الأساس فإننا نجد أن محور اهتمام أساليب التحديد المتبعة لذلك يجب بالضرورة أن ينصب في الأصل على تحقيق ذلك الاهتمام المتوازن في هذا السبيل حتى يصير بإمكاننا أن نقوم بتحديد أولئك التلاميذ الذين تتجاوز قدراتهم المستوى المتوسط مع

الاهتمام بكل التلاميذ الواعدين بتحقيق مستوى أداء يتسم بالموهبة وذلك من خلال ما يتضح لنا عند إتباع تلك المبادئ الثمانية السابقة .

بعض الخصائص السيكولوجية والسلوكية للأطفال الموهوبين

Psychological and Behavioral Characteristics

يرى جمع من الباحثين والعلماء أن الموهبة كان يتم إدراكها بشكل معين في كل مجتمع من المجتمعات على مدى تاريخ البشرية. وقد كان يتم في العديد من المجتمعات وضع الأفراد ذوي المواهب الخاصة في أحد القالبين التاليين :

1- يهتم القالب الأول بوضعهم في أحد اتجاهين متضادين هما:

أ- تصويرهم بالضعف الجسمي، وعدم البراعة الاجتماعية، وضيق الاهتمامات، وعدم الثبات الانفعالي حيث يكونون أكثر عرضة لذلك بجانب التدهور أو الانهيار المبكر .

ب- يمثل الاتجاه الثاني الاتجاه المقابل أو المعاكس لذلك.

2- يهتم القالب الثاني بتصويرهم على أنهم مرتفعي الذكاء بشكل واضح، وأقوياء في بنيتهم الجسمية أو أصحاء، ويتسمون بالجاذبية الاجتماعية، ومرتفعي التحصيل أو الإنجاز عامة، ويتسمون بالثبات الانفعالي، والأخلاقيات، وعادة ما يكونوا محصنين ضد أوجه الضعف والقصور الإنسانية العادية .

وعلى الرغم من أنه من الأكثر احتمالاً أن نجد هناك بعض الأفراد الذين يندرجون تماماً في إطار هذا القالب أو ذاك فإن الغالبية العظمى من الأفراد ذوي المواهب الخاصة لا يندرجون من جانب آخر في إطار أي من هذين القالبين على الإطلاق. وعلى الرغم من ذلك فإن مثل هذه القوالب لا تزال موجودة حتى وقتنا الراهن، ولا يزال البعض يخطئ في إدراك أن العبقرية قد تصل بالأفراد إلى المرض العقلي، إلا أن الوضع الراهن أو الواقع يشهد أن هناك بعض الأفراد ذوي المواهب الخاصة الذين يعانون من بعض الأمراض العقلية أو المعوقين جسمياً ولكنهم يتمكنون رغم ذلك من إنجاز العديد من الأشياء البارزة .

ومن الجدير بالذكر أن هناك نماذج للموهوبين وأمثلة عديدة لهم، وأن مثل هذه الأمثلة والنماذج تتباين بين من لا يعانون من أي إعاقات، ومن يعانون من بعض الإعاقات، كما تتباين تلك النماذج كذلك بين الذكور والإناث. وفي هذا الإطار فإن الصورة التالية تعرض لبعض النماذج والأمثلة لأفراد موهوبين من كلا الجنسين، بل ومن البيض والملونين أيضاً فضلاً عن

أنها تجمع كذلك بين بعض الأفراد الموهوبين من ذوي الإعاقات المختلفة الذين استطاعوا رغم ذلك من تحقيق إنجازات مختلفة لأنفسهم ولمجتمعهم لتضعهم بذلك إلى جانب نظرائهم الموهوبين غير المعوقين الذين تمكنوا من تقديم إنجازات مماثلة بحسب مجال موهبة كل منهم، وبالتالي فإن هذه الصورة تعرض للعديد من الموهوبين في مجالات مختلفة تتضمن التجارة، والفن، والاقتصاد، والجغرافيا والمساحة، والرياضة، والسياسة، والأنثروبولوجيا، والسلام وخدمة المجتمع عامة، والعلوم. ونحن نعلم أن مثل المجالات ما هي إلا نماذج فقط لتلك المجالات التي يمكن أن تشهد موهبة متميزة من جانب العديد من الأفراد حيث من المعروف أن مجالات الموهبة تتعدد وتتباين لتشمل بذلك كل مجالات الحياة الإنسانية دون استثناء. ولكننا نلاحظ أن الفرد الواحد كما أوضحنا من قبل يكون موهوباً أي يتمتع بالقدرة المتميزة في واحد فقط أو أكثر من هذه المجالات، ولكنه لن يكون بالضرورة متميزاً في كل هذه المجالات حيث أن ذلك يعد في واقع الأمر ضرباً من الخيال أو اللامعقول. ومن هؤلاء الأفراد الموهوبين كما تعرض لهم الصورة التالية ما يلي:

- آن مولكاهي Anne Mulcahy رئيس مؤسسة زيروكس Xerox.
- الفنان راي تشارلز Ray Charles أصيب بالعمى منذ أن كان في التاسعة من عمره.
- جوزيف سيجليتز Joseph Seiglitz الفائز بجائزة نوبل في الاقتصاد عام 2001 .
- سوزان ستروومان Susan Stroman متخصصة في وصف الأقاليم المختلفة ووضع وتصميم الخرائط لها.
- تايجر وودز Tiger Woods أفضل لاعبي الجولف في العالم على الإطلاق .
- كوندوليزا رايس Condoleeza Rice مستشارة الأمن القومي وعضو المجلس الاستشاري للرئيس جورج بوش George W. Bush وزيرة الخارجية الأمريكية حالياً منذ بداية فترة الرئاسة الثانية للرئيس بوش (سابقا المترجم) .
- روبرت بالاردRobert Ballard مكتشف وأنثروبولوجي.
- جودي وليامزJody Williams منسقة الحملة القومية لمنع استخدام الألغام الأرضية والحائزة على جائزة نوبل للسلام 1997 .
- ستيفن هاوكنج Stephen Hawking عالم كونياتcosmologist ومؤلف عانى من مرض حركي طوال رشده .
- ماريون جونز Marion Jones فازت بخمس ميداليات أوليمبية (ثلاث ذهبيات

وبرونزيتين) وذلك في سباق المضمار بدورة الألعاب الصيفية عام 2000 التي أقيمت في مدينة سيدني بأستراليا.

ويرى بورج (Burge(1998 أن الموهبة قد تحدث في العديد من الجوانب الأدائية، وقد تظهر بين التلاميذ من كلا الجنسين على حد سواء فضلاً عن أنها قد تظهر بين الأطفال من مختلف الجماعات الثقافية أو العرقية أو الطبقات الاجتماعية. وهناك العديد من الحالات التي تؤكد هذه الآراء فقد فاز كريس شارما Chris Sharma بكأس العام في تسلق الصخور وهو لا يزال في الخامسة عشرة من عمره، أما جنيفر بايبروك Jennifer Baybrook فقد كانت هي أول فتاة تفوز في المسابقة القومية لليويو yo-yoوهي في السابعة عشرة من عمرها. ولعبة اليويو هي لعبة مؤلفة من قرص مزدوج محزوز مزود بسلك أحد طرفيه ملفوف حول الحز بينما يكون الآخر مشدود إلى اليد أو الإصبع على نحو يمكن الفرد من قذف القرص في اتجاه ما، ثم إعادته إلى اليد، وهكذا. أما ألكسندرا نيكيتاAlexandra Nichita فقد عرضت لوحاتها الفنية وهي لا تزال في الثانية عشرة من عمرها في خمسين صالة عرض، وكانت سارة تشانج Sara Changعازفة كمان أساسية في فرقة مدينة نيويورك وهي في الثامنة من عمرها، وقامت جوستين ميلرJustin Miller في الثامنة من عمرها بالاشتراك ثلاث مرات في معارض للصناعات الغذائية عن أشياء عديدة قامت بطهيها وإعدادها.

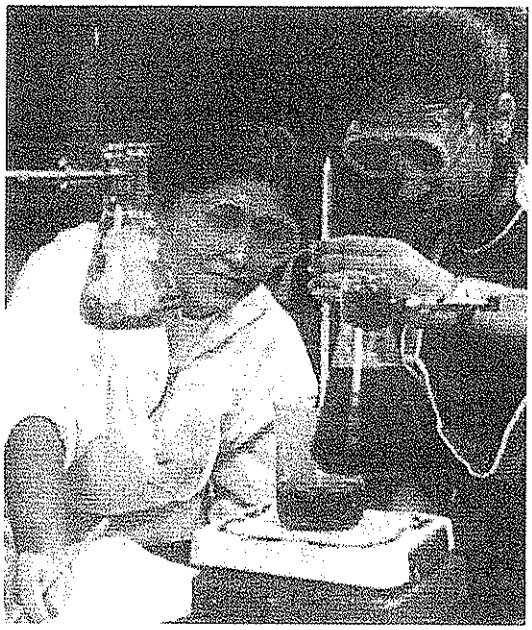
وجدير بالذكر أن الأطفال الموهوبين يميلون كما يرى جالافر وجالافر (Gallagher(1994 & Gallagher إلى أن يتفوقوا على أقرانهم في نفس عمرهم الزمني في مجالات معينة للأداء. كما أن معظم الأطفال الموهوبين يتعلمون القراءة بسهولة ويسر حتى قبل التحاقهم بالمدرسة. ويشير بيكر وآخرون (Baker et.al.(1998 إلى أن أولئك الأطفال الموهوبين قد يتفوقون على أقرانهم غير الموهوبين في مجال واحد كالقراءة أو الحساب على سبيل المثال، ولكنهم قد لا يتفوقون عليهم في ذات الوقت في أي مجال آخر كالكتابة أو الفن مثلاً أي تلك المهارات التي تتطلب البراعة اليدوية. وعلى العكس مما يشيع بين عامة الناس فإن معظم هؤلاء التلاميذ لا يشعرون بالملل من المدرسة، ولا يبدون أي كراهية تجاهها خاصة إذا ما كانت الأعمال التي يتم تكليفهم بها تمثل تحدياً لهم ولقدراتهم حيث أن الأطفال الموهوبين يحتاجون إلى مثل هذه الأعمال والمهام التي تمثل تحدياً لهم كي تمثل دافعاً لهم على إظهار قدراتهم ومهاراتهم الحقيقية. ومع ذلك فإن بعضهم قد لا يبدي أي اهتمام بالمدرسة، وبالتالي يكون أداؤه الأكاديمي في المقررات الدراسية المختلفة منخفضاً أو غير مناسب، كما أنهم قد يتسربون من المدرسة وخاصة إذا لم تمثل المقررات الدراسية التحدي المناسب لقدراتهم. ومن الطبيعي أن يشعر مثل هؤلاء الأطفال بالضيق وسوء التوافق إذا ما شعروا بالتمييز وإذا لم

يتمكنوا من استغلال قدراتهم الكامنة. ومع ذلك فإن رد الفعل هذا لا يعد فريداً لأي مجموعة من الأطفال سواء كانت متوسطة أو غير عادية وذلك وفقاً لأي بعد من تلك الأبعاد التي تشهد قياس قدرات أولئك الأطفال.

ومن جانب آخر فلن يكون غريباً أو مستغرباً كما يرى مانستيتين Manstetten(2000) أن نجد أن الغالبية العظمى من الطلاب الموهوبين يشغلون بعد ذلك مهناً تتطلب قدرة عقلية أعلى من المتوسط إلى جانب قدر مناسب من الإبداع أو الابتكارية، ومن الدافعية. ولذلك فإن غالبيتهم يعملون كمهنيين أو مديرين ويبدون تميزاً كبيراً عن أقرانهم خلال مرحلة الرشد. ومع ذلك فإننا قد لا نجد أن كل هؤلاء الأفراد يجدون متعة في نجاحهم المهني في تلك المهن التي يشغلونها حيث قد يختار بعضهم أن يعملوا بمهن لا تتطلب استغلال مواهبهم، أو قد لا يتمكنون من الظهور كأفراد متميزين عن أقرانهم في مثل هذه المجالات أو المهن .

ومما لا شك فيه أن بعض الأمور أو المفاهيم التي تتعلق بهؤلاء الأفراد مثل مفهوم الذات، والعلاقات الاجتماعية، والخصائص السيكلوجية قد حظت بقدر كبير من الاهتمام، وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المضمار عن أن العديد من هؤلاء الطلاب الموهوبين يعتبرون سعداء، ومحبوبين من أقرانهم، ويتسمون بالثبات الانفعالي، والكفاءة الذاتية، كما أن اهتماماتهم تتباين وتتنوع، وينظرون إلى أنفسهم نظرة إيجابية حيث يدركون أنفسهم إيجاباً وهو ما يعكس وجود مفهوم ذات إيجابي لديهم. ومع ذلك يشير مارش وآخرون March et.al. (1995) إلى أن العلاقة بين جوانب عديدة من مفهوم الذات وبين الموهبة لا تزال غير مؤكدة حيث نجد على سبيل المثال أن تسكين هؤلاء الطلاب في فصول متجانسة يتم اختيار جميع الطلاب فيها وفقاً لقدراتهم المتطورة يؤدي إلى خفض مفهوم الذات الأكاديمي من جانبهم دون أن يؤدي إلى نتيجة مماثلة بالنسبة لمفهوم الذات الذي يتعلق بأشياء من قبيل المظهر، والعلاقات مع الأقران. ومع ذلك يبدو كما يشير بلوكر وستوكنج Plucker &Stocking (2001) أن مفهوم الذات يرتبط بجوانب أدائية معينة كالحساب أو المهارات اللفظية على سبيل المثال. وفضلاً عن ذلك فإن الطلاب الموهوبين عادة ما يقومون بإجراء مقارنات داخلية وخارجية تتعلق بأدائهم حتى يتمكنوا من تحديد جوانب قوتهم ونواحي ضعفهم النسبية. ونعني بالمقارنات الداخلية تلك التي تتم بين جوانب أدائهم المختلفة، أما الخارجية فتشير إلى تلك الجوانب أو أي منها عند مقارنته بمثيله لدى شخص آخر. ومن هذا المنطلق فإن الطالب الموهوب الذي يتميز بمستوى مرتفع جداً من التحصيل في الرياضات قد يشعر بمفهوم ذات مرتفع في الرياضيات، وقد يتدنى على أثره مفهوم الذات اللفظي من جانبه بغض النظر عن مستوى تحصيله في الجانب اللفظي.

ومن ناحية أخرى فغالباً ما يتسم الطلاب الموهوبون عقلياً بالحساسية الشديدة لمشاعرهم ومشاعر الآخرين، كما يبدون اهتماماً شديداً بالعلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية، والحالات الذاتية، والأمور الخلقية. كذلك فإن استخدام قدراتهم المعرفية المتطورة يساعد الكثيرين منهم على أن يقوموا في سن مبكرة بتطوير استراتيجيات للتوافق الاجتماعي والانفعالي غالباً ما يستخدمها معظم الراشدين. وباختصار فإن معظم الطلاب ذوي المواهب العقلية المرتفعة يتميزون بالإدراك الذاتي الواعي، وتوكيد الذات، والمهارات الاجتماعية، والمسئولية الخلقية. ومع ذلك فإن من يدعي أن هؤلاء الطلاب ليسوا في حاجة إلى التربية الخلقية يكون قد ارتكب خطأ جسيماً كما يرى تاننبوم Tannenbaum(b2000) حيث أن بعضهم قد يستغل مهاراتهم أو مواهبهم الخاصة في تحقيق أغراض شيطانية أو شريرة . وعلى هذا الأساس يصبح من المهم أن ندرك جوانب الخير والشر التي يمكن تحقيقها من جراء استخدام مثل هذه المواهب الخاصة، وأن نساعد أولئك الأفراد على إدراك تلك القيمة التي ترتبط باستغلال مثل هذه المواهب في تحقيق تلك الأمور التي نعتبرها صواباً من الناحية الخلقية .



يبدي الأفراد الموهوبون على العكس من الخرافات التي تنسج حولهم مزيداً من الاهتمام بتلك الأعمال التي يكلفون بها مهما كان فيها من تحد لهم ولقدراتهم

وغني عن البيان أن الموهبة تتضمن كما يرى جروس (2000، 1993، 1992)Gross ولوفيكي (1994) Lovecky مجموعة كبيرة من القدرات التي ترتفع بدرجات متفاوتة عن المتوسط. وبالتالي فإن طبيعة موهبة الفرد ودرجة هذه الموهبة قد تؤثر على توافقه الاجتماعي والانفعالي، وعلى احتياجاته التربوية والسيكلوجية. ولذلك فإذا ما قمنا بتصنيف الأفراد الذين تصل معدلات ذكائهم إلى 180 أو أكثر دون غيرهم على أنهم موهوبين فإن ذلك لن يختلف كثيراً عن قيامنا بتصنيف أولئك الأفراد الذين تصل معدلات ذكائهم إلى 20 أو أقل دون غيرهم على أنهم متخلفون عقلياً حيث يعد كلا التصنيفين خاطئاً. وقد يرجع ذلك إلى أن هناك الكثيرين من الأفراد الذين تقل معدلات ذكائهم عن 180ويعتبرون

موهوبين، وأن هناك أيضاً الكثيرين ممن تزيد معدلات ذكائهم عن 20 ويعتبرون من المتخلفين عقلياً. ولكننا في الواقع يمكن أن نقرر بدلاً من ذلك أن مثل هؤلاء الطلاب ذوي القدرات والمواهب العقلية غير العادية أو النادرة يمكن أن يشكلوا فيما بينهم مجموعة تتطلب إجراء مواءمات غير عادية حتى يتم تعليمهم المدرسي، وكذلك الحال بالنسبة للمتخلفين عقلياً من المستوى الشديد جداً فإنهم يشكلون أيضاً مجموعة معينة تتطلب توفر مواءمات غير عادية حتى تتم استفادتهم مما نقدمه لهم من برامج مختلفة.

القيم الثقافية المتعلقة بالأطفال ذوي المواهب الخاصة وتربيتهم

Cultural Values Regarding Students with Special Gifts and Talents and Thier Education

من اليسير نسبياً أن نلمس في الثقافة الأمريكية تعاطفاً كبيراً مع الأطفال ذوي الإعاقات، إلا أنه قد يكون من الصعب نوعاً ما أن نقوم بتحويل مثل هذا التعاطف إلى مساندة عامة من جانب كافة الأفراد بحيث يمكن أن تتسم البرامج التربوية المقدمة لهم على أثر ذلك بالفعالية ويصبح لها تأثيرها الكبير عليهم. ومع ذلك فمن الصعب بالنسبة للأطفال ذوي المواهب الخاصة وخاصة ذوي المواهب العقلية الخاصة أن نجد مثل هذا التعاطف وأن نبديه لهم، وبالتالي يصبح من المستحيل أن نقوم بترتيب تلك المساندات العامة التي يتم تقديمها لهم حتى تعمل البرامج التربوية المقدمة لهم على تلبية احتياجاتهم المختلفة.

ولا تعتبر هذه المشكلة مشكلة أمريكية فقط أي أنها لا تتعلق بالمجتمع الأمريكي دون سواه، ولكن الأمر برمته كما يشير ديهان (2000) DeHahn وتاننبوم Tannenbaum (a2000) وكما يراه الباحثون والعلماء يعد ضرباً من التقصير الذاتي إذا لم يكن ضرباً من التدمير الذاتي من جانب هذا المجتمع أو ذاك الذي يرفض أن يقوم بتوفير وتخصيص الوقت والجهد والمال في سبيل تحديد ورعاية وصقل وتنمية المواهب الخاصة التي يبديها الأطفال في ذلك المجتمع. وعندما قام هونساكر (1995)Hunsaker بدراسة كيفية إدراك ورعاية الموهبة بالعديد من الثقافات في غرب أفريقيا، ومصر، واليونان، والصين، وأمريكا الوسطى، وبعض الثقافات الأوربية وجد أن البعض القليل من هذه الثقافات هي التي تستخدم مصطلح موهوب gifted، ومع ذلك فكما هو الحال في المجتمع الأمريكي المعاصر يتم النظر إلى الأفراد ذوي القدرات المتطورة بشكل متناقض أو مزدوج فيعتبرونهم غير عاديين بسبب تلك الآمال التي يعقدها الآخرون عليهم في استمرار ثقافتهم، وينظرون إلى قدرتهم على أنها إلهية أو موروثة، وأنها تتطلب جهوداً كبيرة من الناحية الشخصية والمجتمعية كي يتم تطويرها، ومع ذلك فإن الفرص الاجتماعية اللازمة لذلك لا تتوفر في كثير من تلك المجتمعات. كذلك فهناك

نظرة مزدوجة غير عادية لهم كأشخاص، ولقدراتهم، وكم معارفهم. أما المعتقدات والمشاعر التي تتعلق بهؤلاء الأفراد ذوي القدرات غير العادية فلم تختلف عما كانت عليه من قبل وعما تمت وراثته من الثقافات العديدة الأخرى.

وفي وصفه للازدواجية والتناقض التي يبديها المجتمع الأمريكي للطلاب ذوي المواهب الخاصة يرى جالافر Gallagher (a2000) أن المجتمع يحب تلك الأشياء الجيدة التي ينتجها أولئك الأفراد ذوو المواهب غير العادية ويقدرها، ولكنه يكره في ذات الوقت أن يعترف بأدائهم العقلي الفائق. ويرى المؤيدون لتقديم التربية الخاصة لهؤلاء التلاميذ كما يشير كوفمان Kauffman (1998) وتريفنجر Treffinger (1998) ومارجولين Margolin(1994) وسابون- شفين Sapon-Shevin (1994) أنه شيء غير إنساني ولا يتفق مع الثقافة الأمريكية أن نقوم بعزلهم في مدارس خاصة بهم حتى يتم تقديم التعليم اللازم لهم، وأن نقوم بتعيين أو تخصيص مصادر خاصة معينة لتعليمهم. وهناك من ناحية أخرى خطر كبير في ترك هؤلاء الأفراد دون أن نقدم لهم البرامج التربوية اللازمة ونكتفي بتقديم تلك البرامج للأكثر قدرة منهم فقط دون سواهم. ومع ذلك يبدو مستحيلاً ألا نقدم تربية خاصة لأولئك الأفراد الموهوبين بما تتضمنه وتتطلبه من مواءمات غير عادية مطلوبة لهم حتى يتم تحقيق الأهداف المنشودة كوفمان وهالاهان (2005).

بعض مجموعات المهمشين من الطلاب الموهوبين

Neglected Groups of Students with Special Gifts and talents

مما لا شك فيه أن الوقت الراهن شهد اهتماماً غير مسبوق بتلك المجموعات من الطلاب ذوي المواهب الخاصة التي يتم إهمالها، أو التي نعتبرها من الفئات المهمشة وهي تلك الفئات التي لم تحظ بذلك القدر المناسب من الاهتمام، والتي لا تحصل على الخدمات المختلفة التي يتم تقديمها لأمثالهم من الموهوبين . ومن أمثلة هذه الجماعات المهمشة جماعات الطلاب المحرومين اقتصادياً، أو الجماعات التي تقوم على التمييز العنصري، أو أولئك الطلاب الموهوبين ذوي الإعاقات، أو تلك المجموعات التي تقوم على التحيز لجنس ضد آخر. ويبدو في واقع الأمر أن هناك في هذا الإطار حقيقتين لا يمكن تجاهلهما يتمثلان فيما يلي :

1- أن الأطفال الذين ينحدرون من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأكثر ارتفاعاً تتوفر لهم مزايا متعددة كالتعليم الأكثر ملاءمة لهم، كما تتوفر أيضاً الفرص اللازمة لمتابعة اهتماماتهم بشكل متعمق فضلاً عن الإثارة العقلية وهي الأمور التي يوصي معلمو التربية الخاصة بتوفيرها لأولئك الطلاب ذوي المواهب الخاصة.

2- أن هناك الكثير من الأفراد ذوي المواهب الخاصة يعانون من عدم توفر الظروف

الحياتية الملائمة، أو يعانون من الإعاقات، أو من التحيز ضدهم وهو الأمر الذي يؤدي إلى فقد أو إهدار كبير للطاقة الإنسانية.

الأطفال الموهوبون منخفضو التحصيل

يعتبر الطفل منخفض التحصيل إذا لم يتمكن من الوصول إلى مستوى ثابت من التحصيل الأكاديمي يتفق مع قدراته وذلك للعديد من الأسباب. وهناك العديد من البنات اللائي يقل مستوى تحصيلهن عن مستوى قدراتهن بسبب القيود والحواجز الاجتماعية أو الثقافية التي تفرض على اختياراتهن أو تطورهن في مهن معينة. كذلك فإن التلاميذ الذين يعتبرون أعضاء في أقليات عنصرية أو إثنية معينة غالباً ما يكونوا منخفضي التحصيل بسبب ذلك التحيز الذي يوجد في التحديد أو في تقديم البرامج التي تلائم قدراتهم. وبنفس الشكل غالباً ما يتم إهمال التلاميذ ذوي الإعاقات أو لا يتم توفير الفرص الملائمة لهم والتي يمكن أن تساعدهم على التحصيل.

أما انخفاض التحصيل من جانب الأطفال ذوي المواهب الخاصة فيرجع إلى أي من تلك العوامل التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى انخفاض التحصيل في أي جماعة أخرى. ومن أمثلة هذه العوامل الصراعات الانفعالية، أو البيئة المنزلية التي تتسم بالتشويش، أو الإهمال، أو إساءة المعاملة. كذلك فإن هناك أسباب أساسية أخرى من أهمها البرامج المدرسية غير الملائمة، والأعمال المدرسية أو الواجبات التي لا تمثل تحدياً لهم أو لقدراتهم، والملل الذي يمكن أن يخبرونه بسبب إجادتهم لمعظم المواد المقدمة، أو بسبب انخفاض توقعات المعلمين منهم، أو إساءة تقديرهم على أثر سلوكياتهم الخاطئة. وهناك مشكلة رئيسية ترتبط بانخفاض تحصيل هؤلاء الطلاب الموهوبين كما يرى مونتجوميري (2000) Montgomery وبيترز وآخرون (2000).Peters et.al تتمثل في أنهم نتيجة لذلك غالباً ما يطورون صورة سلبية للذات بجانب اتجاهات سلبية نحو المدرسة. وعندما يقوم التلميذ بتطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة ونحو الذات يصبح من المحتمل بالنسبة لقدراته أو مواهبه الخاصة أن يتم إهمالها أو تجاهلها.

وتشير ريم ولوفانس(1992) Rimm & Lovance وجونز وساوزرن (1991)& Jones Southern إلى أن من الأساليب الهامة التي يمكن إتباعها حتى نتمكن من تفادي انخفاض التحصيل من جانب هؤلاء الأطفال السماح لهم بتخطي بعض الصفوف الدراسية أو حتى بعض المقررات الدراسية حتى يمكن أن تعمل المدرسة بذلك على رعاية مواهبهم، وتوفر لهم الكم الأكبر من الاهتمام والتحدي اللازم. ومع ذلك فإن الإسراع أو التسريع لا يكون دائماً

ملائماً، كما لا يكون كافياً في حد ذاته لمواجهة مثل هذه المشكلات التي يواجهها الطفل الموهوب منخفض التحصيل. وعلى هذا الأساس يرى كولانجيلو وأسولين (Colangelo(2000 &Assouline أن الإرشاد، والعلاج الأسري والفردي إلى جانب مجموعة من استراتيجيات المساندة أو الاستراتيجيات العلاجية تصبح بمثابة بدائل ضرورية للإسراع التربوي، أو إضافات معينة وأساسية بالنسبة له.

ومن الممكن أن يحدث هناك خلط بين كل من انخفاض التحصيل وعدم الإنتاجية على الرغم من أن انخفاض الإنتاجية لا يدل بالضرورة على أن التلميذ يعد منخفض التحصيل. كذلك فإننا لا ينبغي أن نتوقع من التلميذ ذي القدرة غير العادية أن ينتج شيئاً بارزاً بصورة ثابتة وهو الأمر الذي يشير إلى تلك الصعوبة التي تواجهنا في تعريف الموهبة حيث أننا لا نستطيع أن نحدد بوضوح مقدار الوقت الذي يجب أن ينقضي بين تلك المواقف أو المرات التي تشهد ظهور الإنتاج الإبتكاري من جانب الفرد قبل أن نقرر أنه لا يزال يبدي موهبة واضحة، أو أنه قد أصبح منخفض التحصيل. وكما لاحظنا من قبل فإن الموهبة تكمن في واقع الأمر في ذلك الأداء الذي يقوم به الفرد وليس في الفرد ذاته. ومع ذلك فإن الطلب المستمر والذي لا يعرف الكلل للأداء الذي يعكس الموهبة يعد أمراً غير واقعي بل وغير إنساني .

الأطفال الموهوبون من جماعات الأقليات الثقافية والعرقية

هناك في الواقع ثلاث خصائص قد تستخدم في سبيل تعريف أولئك الأطفال الذين يتسمون بوجود قدرات غير عادية لديهم إلى جانب حاجات فريدة لهم بسبب انتمائهم إلى جماعة أقليات ثقافية أو عرقية أي بسبب التنوع الثقافي، والحرمان الاجتماعي الاقتصادي، والعزلة الجغرافية. ومن المعروف أن مثل هذه الخصائص قد تحدث فرادى أو مجتمعة، أو على الأقل تجتمع أكثر من خاصية واحدة منها معاً.

وجدير بالذكر أن هناك بعض الجماعات العرقية كالعديد من تلك الأقليات العرقية التي تنحدر من بعض الأقطار الآسيوية يتم تضمنها في تلك البرامج التي يتم تقديمها للتلاميذ الموهوبين وذلك بشكل يفوق ما هو متوقع وفقاً لنسبتهم في المجتمع الأصل. ومع ذلك فإن بعض الجماعات العرقية وخاصة جماعات الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي، أو تلك الجماعات الناطقة بالأسبانية يقل تمثيل أولئك التلاميذ الذين ينحدرون منها في تلك البرامج التي يتم تقديمها للتلاميذ الموهوبين. ويصف سوانسون (Swanson (1995 على سبيل المثال تلك الخدمات التي تتعلق بتقديم الخدمات اللازمة للطلاب الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي الذين يتسمون بالمواهب الخاصة وذلك في المناطق الريفية، بينما يصف كيتانو وإسبينوزا

Kitano &Espinosa (1995) تلك التعقيدات التي توجد عند العمل مع أولئك التلاميذ الذين يتعلمون اللغة الإنجليزية كلغة ثانية، كما يصف بورلاند وآخرون Borland et.al.(2000) أولئك التلاميذ الذين ينتمون إلى تلك الأقليات المحرومة اقتصادياً. ويتضح من تلك الدراسات التي نتحدث عنها أن كل جماعة من هذه الجماعات لها حاجاتها الفريدة التي ترجع إلى أسباب مختلفة. وقد تتم رؤية أولئك الأطفال الذين ينتمون إلى جماعات ثقافية من الأقليات سلبياً، كما أن جوانب القوة، أو القدرات الخاصة التي يتم تقديرها في ثقافتهم قد تتصارع مع تلك الجوانب والقدرات التي تقدرها الأغلبية. ومن جانب آخر فإن أولئك الأطفال الذين تتم تربيتهم في جماعات تعاني من الفقر قد لا تكون لديهم أي ألعاب، أو أدوات لعب، أو أي مواد يمكن قراءتها، وقد لا تتوفر لهم أي فرص للسفر والتجول والاستكشاف، أو للتغذية الجيدة، أو للرعاية الطبية المناسبة، ويكونوا محرومين في الواقع من الكثير من تلك المزايا التي تتمتع بها الكثير من الأسر الأخرى التي تتمتع بوضع اقتصادي أفضل. ومن المعروف أن نقص الضروريات والفرص الأساسية اللازمة للتعلم من شأنه أن يخفي ذكاءهم وإبداعهم. وإلى جانب ذلك فإن الأطفال الذين يقطنون في المناطق النائية قد لا يمكنهم الاقتراب من الموارد التربوية المختلفة التي يمكن إتاحتها لمن هم على شاكلتهم في المناطق الحضرية أو المناطق المأهولة بالسكان، وبالتالي لا يمكن الاستفادة منها.

ومن أكثر التحديات التي تواجهنا في هذا المجال في الوقت الراهن عملية تحديد أولئك التلاميذ ذوي المواهب الخاصة والقدرات غير العادية المحرومين أو الذين يعيشون في ظل التنوع الثقافي بحيث يتم تقديم البرامج الخاصة المناسبة لهم، والإبقاء عليهم يتلقون مثل هذه البرامج حيث أن هناك بعض الجماعات الثقافية والعرقية التي يتم تجاهل أطفالهم الموهوبين عند تقديم البرامج الخاصة للموهوبين وهو الأمر الذي يعكس عدم حدوث توازن عنصري في تلك البرامج التي يتم تقديمها لأولئك التلاميذ الموهوبين وذلك على العكس مما ينص عليه القرار التاريخي في 1954 التي أصدرته المحكمة العليا بالولايات المتحدة الأمريكية والخاص بالحد من التمييز العنصري في التعليم المدرسي العام، وإتباع نظام الدمج بين التلاميذ ككل من كافة الجماعات بدلاً من ذلك. وبالتالي فقد بقي العديد من الطلاب الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي من أصحاب المواهب الخاصة منخفضي التحصيل كما يرى فورد Ford (1998) حتى ولو أدركوا من جانبهم مدى أهمية التحصيل الأكاديمي في المجتمع الأمريكي. وفضلاً عن ذلك فإن الكثير من التلاميذ الملونين ذوي القدرات غير العادية يشعرون كما يشير كروبر Cropper (1998) وفريزر Frasier (1997) بأن أقرانهم وأسرهم ومعلميهم غير المدربين على الاستجابة بكفاءة لتلك الفروق الثقافية في الموهبة يسيئون فهمهم. وعلى الرغم من ذلك فإن التلاميذ الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي الذين تم تحديدهم على أنهم موهوبون كانت

اتجاهاتهم نحو التحصيل الأكاديمي أكثر إيجابية كما يرى فورد وهاريس Ford(1996) &Harris، كما كانوا أكثر تفاؤلاً فيما يتعلق بمستقبلهم وذلك قياساً بأقرانهم من الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي الذين لم يتم تحديدهم على أنهم كذلك.

ومما لا شك فيه أن التحديد الدقيق للتلاميذ ذوي المواهب الخاصة وتقديم البرامج المناسبة لهم سوف يكون من شأنه أن يسهم في تضمن عدد متساو تقريباً من كل الجماعات العرقية في مثل هذه البرامج. وسوف يكون من المحتمل أن نتمكن من تحقيق مثل هذا التناسب فقط إذا ما هدفت الجهود المبذولة إلى ما يلي :

1- اختيار وتطبيق محكات معينة لتحديد المواهب تتسم بحساسيتها الثقافية .

2- توفير الإرشاد اللازم لتنمية وتطوير الطموحات التربوية والوظيفية للتلاميذ في الجماعات غير الممثلة أو التي يقل تمثيل الموهوبين منها.

3- توفير وتقديم نماذج للتحصيل الأكاديمي المرتفع من جميع الجماعات العرقية .

4- الإبقاء على التلاميذ الذين ينحدرون من الجماعات العرقية الذين ينخفض تمثيلهم في تلك البرامج التي يتم تقديمها للتلاميذ الموهوبين .

5- تطبيق نسق عملي حتى يتم التأكد من تضمن مثل هذه البرامج لأطفال تلك الجماعات العرقية الذين يعدون غير ممثلين فيها بالقدر الكافي .

6- إقامة العلاقات مع أسر أولئك الأطفال الذين ينحدرون من جماعات الأقليات.

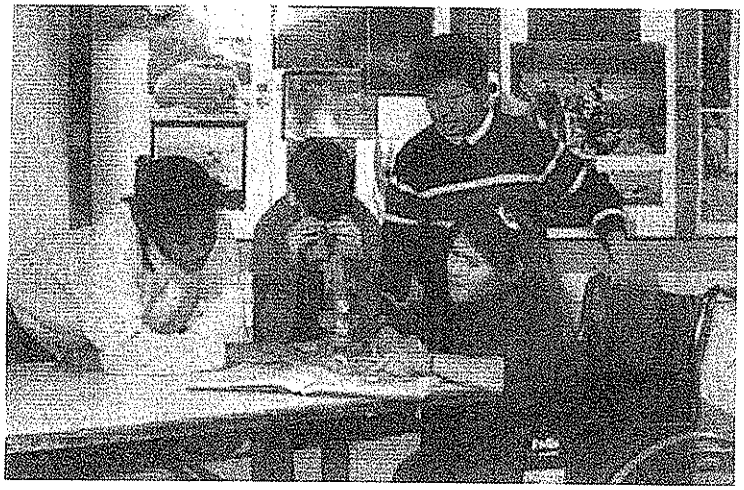
وفي النهاية فإن الموضوع الاجتماعي البيئي الأكبر الذي يهدف إلى توفير الأمان للأسر والمجتمعات المحلية إلى جانب توفير الإثارة العقلية اللازمة لجميع الأطفال والمراهقين ذوي الخلفيات الثقافية أو العرقية المختلفة لا بد أن يتم تناوله بالشكل الملائم كما يرى بورلاند ورايت (2000) Borland &Wright حتى يتسنى تحقيق ذلك. كما أن توفير الفرص المتكافئة للنمو خارج إطار البيئة المدرسية سوف يكون من شأنه أن يسهم في حل مسألة انخفاض تمثيل التلاميذ الموهوبين الذين ينحدرون من جماعات الأقليات في تلك البرامج التي يتم تقديمها لأولئك التلاميذ ذوي القدرات غير العادية.

الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات

من الجدير بالذكر أن تربية الأطفال ذوي الإعاقات الذين يتميزون ببعض المواهب الخاصة لا يزال من المجالات الحديثة جداً. وتتمثل الأهداف الرئيسية لهذا المجال في تحديد أولئك

الأطفال الموهوبين الذين يعانون من إعاقات معينة، وإجراء البحوث اللازمة في هذا الصدد إلى جانب مساعدة أولئك الأطفال على النمو والتطور، وإعداد المعلمين المؤهلين الذين يصير بإمكانهم العمل مع هؤلاء الأطفال، وإعداد الأخصائيين اللازمين للعمل مع هؤلاء الأطفال أيضاً، وتحسين التكامل بين الأنساق المختلفة التي يكون من شأنها أن تعود بالفائدة على هؤلاء الأطفال، وإعداد هؤلاء الأطفال لحياة الراشدين.

ومن البديهي أن تميل توقعاتنا النمطية من هؤلاء الأفراد المعوقين إلى أن تنأى بنا كثيراً عن التفكير في جوانب قوتهم. فإذا لم تكن لدى الطفل القدرة على الكلام على بيل المثال أو كانت تنقصه القدرة على أن يكون نشيطاً من الناحية الجسمية، أو كان يمثل تلك الصورة التي تصاحب التأخر العقلي (كأن يسيل لعابه، أو يمشي مسترخياً أو مترهلاً، أو تكون نظرات عينيه فاترة) فإننا نميل بالتالي إلى أن نفترض أنه يعاني من التخلف العقلي، ولكنه مع ذلك لا يكون متخلفاً عقلياً حيث أن العديد من الخصائص الجسمية التي تصاحب التخلف العقلي الشديد قد تتضح لدى أولئك الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي أو المخي، أو غيره من الإعاقات الجسمية الأخرى، ولكنهم مع ذلك لا يكونوا من المتخلفين عقلياً إذ أنه قد توجد لديهم بعض المواهب الخاصة وهو الأمر الذي لا يتوفر على الإطلاق لدى الأطفال المتخلفين عقلياً حيث لا يوجد مطلقاً من بين الموهوبين من يكون متخلفاً عقلياً. وهذا يعني أننا نفكر في الأساس في جوانب القصور التي يعانون منها، ولا نفكر في جوانب قوتهم إذ قد تعمل جوانب القصور كما يرى ريتنهاوس وبلاو Rittenhouse & Blough (1995) على التعتيم بشدة على جوانب القوة وهو ما يجعلنا لا نفكر فيها. ومن ناحية أخرى فإنه قد يتم إهمال أولئك الأطفال الموهوبين الذين يعانون من الإعاقة السمعية وخاصة إذا كانت مهارات التواصل لديهم لا تتطور بالقدر المناسب، وإذا لم يبحث معلموهم عن تلك الإشارات التي تدل على الموهبة من جانبهم، أو إذا ما قام على تعليمهم معلمون ذوو كفاءة محدودة في التواصل مع الصم. ومن ناحية أخرى فإن بعض التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، أو الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط قد يبدون كما يشير مون وآخرون Moon et.al. (2001) وكوفمان وكاستيلانو Kauffman & Castellano (2000) وبوم وآخرون Baum et.al. (1998) قدرات عقلية عالية وذلك بشكل غير عادي، ومع ذلك فإن مواهبهم سوف تتبدد ما لم يتم تقييم قدراتهم بشكل مناسب . وقد وجد شايويتز وآخرون Shaywitz et.al. (2001) أن البنين الذين يتميزون بنسب ذكاء مرتفعة جداً والبنين الذين يعانون من صعوبات التعلم يبدون أنماطاً شبيهة من المشكلات السلوكية وهو الأمر الذي يؤكد بشدة على أن التلاميذ الموهوبين يعدون بمثابة جماعة غير متجانسة .



قد يبدي الأطفال الصم أو المعوقون جسمياً بعض المواهب الخاصة

وفي الواقع فإننا نلاحظ كما يرى ديل (2000) Dale وجونسون وآخرون Johnson et.al. (1997) أن الموهبة قد تتزامن مع الإعاقة في كثير من الأحيان إذ أن الإعاقة قد لا تمنع مثل أولئك الأطفال من متابعة مجالات مواهبهم الخاصة. ولكن الموهبة مع ذلك لا تحدث بين الأطفال المعوقين بنفس معدلات أو أنماط حدوثها بين الأطفال العاديين أي غير المعوقين. ومع ذلك فإن التلاميذ الموهوبين ذوي الإعاقات يعدون إحدى الفئات المهمشة أو المهملة أي التي لا تلق الاهتمام الكافي في هذا الصدد. ولكن يبقى أن نذكر هنا أن العامل الأساسي للتعامل معهم يتمثل بطبيعة الحال في إشباع حاجاتهم من خلال التفاعل والتكامل بين مجموعة من الأنساق والمؤسسات حتى يتم توفير التدريب اللازم لهم إلى جانب الأساليب التكنولوجية اللازمة أيضاً.

البنات الموهوبات

تمثل البنات أكبر جماعة من التلاميذ الموهوبين المهمشين أو الذين لا يلقون أي اهتمام. وكما تشير كلاهان (1991) Callahan وكير (2000، 1997) Kerr فإن بعض الجوانب التي تميز تلك الطريقة التي يتم بموجبها التعامل مع البنات في المجتمع الأمريكي تخضع للتغيرات السريعة. وبالتالي فإن هناك العديد من الفرص التعليمية والاختيارات الوظيفية التي حرمت منها البنات على مدى أجيال طويلة تتوفر في الوقت الراهن أمام البنات ذوات القدرات غير العادية أو الموهوبات. ومع ذلك فإن هناك أدلة أكيدة على أن هذه الجماعة من التلاميذ

الموهوبين على وجه التحديد تواجه عدم المساواة، وأن مستوى تحصيلهن لا يزال أدنى مما هو متوقع منهن، كما أنهن لا يقمن باختيار تلك الوظائف التي تتفق مع قدراتهن كي يشغلنها.

وغني عن البيان أن العوامل الثقافية تعوق كثيراً من تطور البنات ذوات المواهب الخاصة، كما تعوق من إدراكنا لهن. فمثلاً نلاحظ أنه لا تتاح للبنات الفرص المتكافئة، أو الدافعية كي يلتحقن بأنساق أكاديمية معينة أو مهن محددة يسيطر الرجال عليها مثل الكيمياء، والفيزياء، والطب، وطب الأسنان. وبالتالي فعندما تلتحق البنت بأي مجال من هذه المجالات فغالباً ما تتم مكافأتها بصورة غير ملائمة على أدائها فيها وذلك وفقاً لمحكات لا ترتبط بالموضوع، أو وفقاً للعاطفة بدلاً من المكافأة المالية أو الترقية. هذا ويميل الأدب الإنجليزي إلى تصوير الإناث على أنهن زوجات، أو أمهات، أو أخوات أضعف أي أضعف من الرجال، وأنهن دائماً ما تقمن إما بالاعتماد على الرجال، أو بالتضحية بأنفسهن لصالح الرجال. ومن ثم فإن الوقت الراهن يشهد اهتماماً عاماً متزايداً بمثل هذه الحواجز والعقبات التي قد تحول دون الموهبة من جانب البنات حتى تتم إزالتها من طريقهن.

ومما لا شك فيه أن البنات تحصلن من وجهة نظر لوبنسكي وآخرين Lubinski(2000) et.al. على درجات أقل من البنين في العديد من مقاييس التحصيل والاستعدادات كالاختبارات المعيارية، واختبارات التحصيل الأكاديمي، والإنجازات المهنية. كما أنهن لا تملن في الغالب إلى متابعة تلك المقررات الدراسية أو المهنية التي تتضمن العلوم، والهندسة، والرياضيات. وباختصار فإننا نلاحظ أن تمثيلهن في العديد من مجالات الدراسات المتقدمة والمهن المتطورة التي تتضمن وضعاً أعلى، وقوة أكثر، ومرتباً أكبر ينخفض بصورة كبيرة. ولكننا مع ذلك لا نسعى سوى إلى معرفة تلك الأسباب التي تكمن خلف انخفاض تمثيلهن في تلك المجالات فقط.

ومن العوامل التي يمكن أن تسهم في هذا الوضع الذي تحياه البنات انخفاض توقعات الوالدين منهن، وزيادة التركيز على الفروق الجنسية، والاهتمام بما تتضمنه هذه الفروق من سحر وفتنة، والأدوار الجنسية النمطية المجتمعية والمدرسية، والممارسات التربوية التي ترتبط بالتحصيل كإعطاء قدر أقل من الاهتمام للبنات الأعلى في مستوى تحصيلهن، وتوقع قدر أقل من الاستقلالية لهن. هذا وتؤكد نتائج البحوث التي قامت كلاهان (1991) Callahan وكير (1997، 2000) Kerr ولوبنسكي وآخرون (2000) Lubinskiet.al. بمراجعتها أن مشكلات الإهمال، وانخفاض تمثيل البنات الموهوبات تعد أكثر تعقيداً مما كنا نعتقد في الماضي. وكما هو الحال بالنسبة لانخفاض تمثيل الأقليات العرقية والثقافية فإن المشكلات التي تتعلق

بالبنات تعتبر شديدة الارتباط بالأمور الثقافية، والاجتماعية، والسياسية، وإنه لا يوجد لها حلول بسيطة أو سهلة. وعلى الرغم من ذلك فإن تعليم البنات الموهوبات ينبغي أن يتم تحسينه عن طريق تشجيع البنات على المغامرة من خلال تسجيلهن في مقررات دراسية أكثر تحدياً، وأن نوفر لهن خيارات وظيفية تتناسب مع قدراتهن، وأن يتم اكتشاف واستخدام تلك الوسائل التي يمكن بموجبها التخلص من تلك الأدوار النسائية النمطية.

بعض الاعتبارات التربوية Educational Considerations

لعله من المفيد أن نقرر في هذا الموضع أنه من الملاحظ أن التربية الخاصة التي يتم تقديمها للأطفال الموهوبين تركز في الوقت الراهن كما يرى هيلر وآخرون Heller(2000) et.al. وجنتري وأوين Gentry & Owen (1999) على تطوير مواهبهم وذلك عبر الطيف الكامل لقدراتهم في مجالات معينة للأداء. ومع ذلك فإن وجهة النظر هذه تتضمن إدراك الكثيرين بأن التربية الخاصة تعد أمراً ضرورياً في سبيل تحقيق المساواة لجميع التلاميذ الموهوبين. وعلى الرغم من عدم وجود أي تشريع فيدرالي ينص على توفير التربية الخاصة للأطفال الموهوبين يشير لاندروم وآخرون Landrum et.al.(2001) إلى أن الجمعية القومية للأطفال الموهوبين The National Association for Gifted Children NAGC قد قامت بنشر معايير برنامجية محددة يمكن لكل ولاية وكل مجتمع محلي أن يستخدمها في سبيل تقييم كيف الخدمات التي يتم تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال في هذا الصدد.

وغني عن البيان أنه توجد لدى جميع التلاميذ في كل الأعمار جوانب قوة نسبية تمثل في مجملها مواهب خاصة، ومن ثم يجب أن تقوم المدرسة بمساعدة الأطفال على تحديد وفهم أفضل ما يوجد لديهم من قدرات بحيث يقوم أولئك الأطفال الذين يرتفع مستوى مواهبهم قياساً بأقرانهم بالاستفادة من تلك المصادر التعليمية والأنشطة التي تتناسب مع مواهبهم. ومن المعروف أن تقديم برنامج واحد لكل الأطفال بالفصل يمثل في الواقع وجهة نظر خاطئة حول النمو الإنساني. وقد يكون هذا الاتجاه قد ظهر على أثر حركة الضم أو الاحتواء في المدارس، وقد ينتج عنه معاناة الأطفال مرتفعي الموهبة من السأم والملل ومن الضغوط السلبية للأقران في الفصول غير المتجانسة. ولكي نتمكن من تنمية مهارات ومواهب التلاميذ في كل الأعمار أو الصفوف الدراسية بشكل كلي يصبح علينا أن نقدم لهم تعليماً مناسباً يتضمن قدراً ملائماً من التحدي لهم ولقدراتهم المرتفعة .

وجدير بالذكر أن الاعتقاد العام بأن الأطفال الموهوبين لا يحتاجون إلى أي تعليم أو تربية وفقاً لحاجاتهم المختلفة من وجهة نظر فان تاسيل- باسكا Van Tassel-Baska (1998) لا يسهم بالمرة في تطوير وتنمية وصقل مهاراتهم ومواهبهم هذه حيث لا يمكن مطلقاً لمثل

هؤلاء الأفراد أن يقوموا من تلقاء أنفسهم بتطوير وتنمية مواهبهم إذ أن تلك العملية تعد شاقة وطويلة وتتطلب المساندة من الآخرين وهو ما يعد بمثابة عامل حاسم فيها. كما يجب توفير المصادر المتعددة التي يمكن لهم أن يستفيدوا منها خلال تلك العملية. ويرى فريمان (2000) Freeman أن المساندة الأسرية في هذا الصدد تعتبر عاملاً أساسياً وحاسماً، كما يكون من شأنها أن تسهم بشكل كبير في تنمية الموهبة. ومع ذلك فإننا إذا ما أردنا أن نقوم بمساعدة الأطفال الموهوبين على تحقيق أقصى استغلال ممكن لقدراتهم الكامنة يصبح علينا أن نوفر لهم المساندات المختلفة المرتبطة بالتربية الخاصة إلى جانب ما يحتاجونه من مساندات أخرى ومصادر متنوعة في هذا الإطار. وهناك اتفاق بين المختصين في هذا الميدان كما ترى كالاهان (2000، 2001) Callahanولينش وهاريس (2001) Lynch & Harris ومون وروسيلي (2001) Moon & Russelli ولاندروم وآخرون (2001).Landrum et.al وفيلدهوسين (1998) Feldhusen على أن التربية الخاصة التي يجب أن نقدمها للأطفال الموهوبين ينبغي أن تتسم بثلاث خصائص أساسية على النحو التالي:

1- وجود مقررات دراسية يتم تصميمها كي تلائم تلك المهارات المعرفية المتطورة لأولئك الأطفال الموهوبين .

2- اللجوء إلى تلك الاستراتيجيات التعليمية التي تتسق مع أساليب التعلم التي يتبعها هؤلاء الأطفال في جوانب معينة من المناهج المقررة.

3- اتباع الترتيبات الإدارية التي تعمل على تيسير حدوث التجميع الملائم لهؤلاء الأطفال حتى يتم تعليمهم بالصورة التي ينبغي أن تحدث.

هذا وقد قامت العديد من الولايات والمجتمعات المحلية بإعداد مجموعة كبيرة من الخطط اللازمة لتربية الأطفال الموهوبين. ويمكن أن توصف مثل هذه الخطط بصورة عامة بأنها تعمل على توفير الإثراء enrichment أي تقديم خبرات إضافية للتلاميذ دون أن يتم تسكينهم في صف دراسي أعلى، أو الإسراع acceleration أي وضع أو تسكين أولئك التلاميذ في صف دراسي أعلى من أقرانهم في نفس عمرهم الزمني. وفي هذا الإطار يتم تقديم العديد من الأشكال المختلفة للإثراء والإسراع والتي تتراوح مع ذلك بين تسكين أولئك التلاميذ في فصل عادي، إلى الحصول على كم ضئيل من المساعدة من جانب المعلم أو عدم الحصول على أي مساعدة منه على الإطلاق، إلى تسكينهم في مدارس خاصة تقدم مقررات دراسية متقدمة في مجالات معينة أو خاصة مثل العلوم أو الرياضيات أو الفنون. ويوجد بين هذين النقيضين خيارات أخرى لتسكين هؤلاء التلاميذ كتلك البرامج الإرشادية التي يقوم المعلم بتقديمها، وغرف المصادر، والبرامج المجتمعية التي يعمل الأطفال مرتفعو الموهبة خلالها بشكل فردي

مع متخصصين في مجال موهبتهم، وبرامج الدراسة المستقلة، والفصول الخاصة، والتقدم السريع للتلاميذ خلال الصفوف الدراسية المعتادة ويتضمن ذلك السماح بالتحاقهم المبكر بالمدرسة العليا أو حتى بالكلية وهو ما يمثل نمطاً من الإسراع التعليمي .

ومن المعروف أنه لا تقوم جميع المجتمعات المحلية بتقديم كل هذه الخيارات، بل إن بعض هذه الخيارات فقط هو الذي يتاح في بعض المجتمعات دون بعضها الآخر، كما يمكن أن يتاح البعض الآخر من هذه الخيارات في مجتمعات أخرى، وهكذا. وعلى هذا الأسا يوجد في الواقع تباين كبير في أنماط الخدمات التي يتم تقديمها في الأنساق المدرسية المختلفة التي توجد في ولايات معينة والتي تتباين أيضاً من ولاية إلى أخرى. وكما هو متوقع تقوم المناطق الحضرية الكبيرة بتقديم قدر أكبر من الخيارات البرنامجية المختلفة قياساً بما يمكن أن تقدمه أو توفره المدن الصغيرة أو حتى المناطق الريفية المختلفة. وفي هذا المضمار نجد أن مدينة نيويورك على سبيل المثال لها تاريخ طويل في تقديم برنامج التربية الخاصة التي يتم تقديمها لأولئك التلاميذ ذوي المواهب غير العادية.

وعلى الرغم من ذلك فإن العديد من الخيارات التربوية التي تتاح أمام التلاميذ الموهوبين كالإسراع أو الضم والاحتواء تعتبر بمثابة أمور جدلية تخضع للكثير من الأخذ والعطاء الفكري، وتتعرض للجدل والمناقشات التي يمكننا أن نوافق عليها أو نختلف معها، وهكذا حيث يرى بعض المعلمين أننا عندما نأخذ التلاميذ الموهوبين من الفصول العادية ونقوم بتجميعهم بعيداً عن تلك الفصول سوف يترتب على ذلك حدوث تأثيرات سلبية على التلاميذ الآخرين بالفصل يكون من شأنها أن تؤثر بالتالي على اتجاهاتهم نحو الدراسة وإدراكهم لذواتهم. ومع ذلك فإن نتائج البحوث التي أجريت في هذا الميدان تناقض هذا الافتراض تماماً حيث كشفت بعض هذه الدراسات عن أن توفير وتقديم مجموعة كبيرة ومتباينة من الخيارات البرنامجية لهؤلاء الطلاب الموهوبين من شأنه أن يسهم في حدوث نتائج جيدة بالنسبة لهم حيث أنه من الصعب أن يوجد هناك أي برنامج محدد من هذه الخيارات يلبي جميع احتياجات هؤلاء الطلاب.

ومما لا شك فيه أن كلاً من التقييم، والتحديد، identification والتعليم ترتبط ببعضها تمام الارتباط سواء كان التلاميذ من المعوقين أو من الموهوبين. ويقترح شتيرنبرج Sternberg نموذجاً يحدد ثلاثة أنواع من الذكاء يمثل كل منها نمطاً معيناً من أنماط الموهبة هي:

1- الذكاء التحليلي .

2- الذكاء التركيبي.

3- الذكاء العملي .

وفضلاً عن تحديد مثل هذه الأنماط الثلاثة فإنه يتم استغلالها في الواقع كما يشير شتيرنبرج وكلينكنبيرد(1995) Sternberg & Clinkenbeard كأساس في سبيل تقييم، وتحديد، وتعليم الأطفال الموهوبين. ووفقاً لهذا النموذج فإن قدرة التلاميذ على إظهار تلك الأنماط الثلاثة من الذكاء أو الموهبة سوف يتم تقييمها، كما يتم تقديم التعليم المناسب والتركيز على القدرات غير العادية لأولئك التلاميذ الذين يبدون قدرات غير عادية في استخدام نمط معين من أنماط الذكاء في جانب معين من جوانب المنهج الدراسي المقرر. وعلى الرغم من إمكانية تطبيق مثل هذا النموذج ثلاثي الأبعاد على كل الخيارات البرنامجية المتاحة، وكل جوانب المنهج الدراسي المختلفة فإنه لم يتم التأكد من صدقه بعد حتى يمكننا استخدامه على أثر ذلك في سبيل تصميم برامج من هذا القبيل لمثل هؤلاء الأطفال.

وهناك في الواقع تطورات عديدة تشهدها التطبيقات التربوية التي يتم تقديمها لغالبية الطلاب الموهوبين. وتكاد تتركز مثل هذه التطورات في ثلاثة جوانب أساسية هي :

1- تلك التطورات التي تشهدها مجالات الاتصالات السلكية واللاسلكية.

2- استخدام أجهزة الكمبيوتر الصغيرة في المنزل والمدرسة.

3- الدعوة لتحقيق التميز في التعليم الأمريكي.

وتعتبر الاتصالات السلكية واللاسلكية telecommunications كما يرى ديل Dale (2000) هي تلك الاتصالات التي تحدث عن بعد والتي تتضمن التليفزيون التعليمي، والمؤتمرات التليفونية، والبريد الإلكتروني والتي تعد جميعاً بمثابة وسائل تكنولوجية من شأنها أن تعمل على تيسير تفاعل طلاب موهوبين معينين مع معلميهم على امتداد مناطق جغرافية شاسعة. وتعتبر أنساق التواصل هذه على درجة كبيرة من الأهمية لتوسيع نطاق التعليم الملائم الذي يتم تقديمه للتلاميذ الموهوبين الذين يقطنون المناطق الريفية أو حتى المناطق النائية. ومن ناحية أخرى فإن هناك استخدامات عديدة لأجهزة الكمبيوتر الصغيرة microcomputers في سبيل تحسين نوعية التعليم المقدم للتلاميذ الموهوبين وتنوعه فاستخدام البرامج التدريبية في الحاسبات ,والاستفادة من بنوك المعلومات ,وابتكار بعض ألعاب الكمبيوتر بما يتطلبه ذلك من قدرات عقلية مرتفعة ,والمشاركة في أداء هذه الألعاب والقيام بها. والكتابة باللغة الإنجليزية كلغة أم أو باللغات الأجنبية ,وتعلم اللغات المستخدمة في الكمبيوتر. وحل المشكلات المتقدمة في الرياضيات تعد جميعها بمثابة بعض الاحتمالات فقط التي يمكن تقديمها في هذا الصدد.

اثبت تقييم برامج الاسراع التربوية وخاصة في الرياضيات أنها تساعد على الالتحاق المبكر بالجامعة من جانب الطلاب الموهوبين

الإسراع

يتضمن الإسراع كما يشير جونز وساوزرن (1992) Jones & Southern تحريك الطفل للأمام بشكل يجعله يسبق أقرانه في نفس عمره الزمني وذلك في جانب أو أكثر من تلك الجوانب التي يتضمنها المنهج الدراسي. وقد يعني ذلك مساعدته على تخطي صف دراسي واحد أو أكثر أو الانتظام في فصول مع تلاميذ الصفوف الدراسية الأعلى وذلك في مادة دراسية واحدة معينة أو أكثر. هذا ولا يتم اللجوء إلى الإسراع بصفة مستمرة وخاصة في المناطق الريفية، ولكنه عادة ما يستخدم كما يشير جروس (2000)Gross وكارلتون وآخرون (1994).Charlton et.al مع أولئك التلاميذ الذين يتسمون بالاستعدادات العقلية غير العادية وهم أولئك التلاميذ الذين يحصلون على 160 نقطة أو أكثر في اختبارات الذكاء التي يتم تطبيقها بصورة فردية. وغالباً ما يتم الدمج بين الإسراع والإثراء وذلك بالنسبة لهؤلاء التلاميذ في كل مرحلة تعليمية وهو الأمر الذي يوفر لهم بطبيعة الحال أفضل الخبرات الاجتماعية إلى جانب التطور الأكاديمي الذي يتناسب مع قدراتهم المختلفة .

ويخشى المناوئون للإسراع من أن أولئك الأطفال الذين يتم تجميعهم مع التلاميذ الأكبر سناً سوف يعانون من العديد من النتائج الانفعالية والاجتماعية السلبية، أو أنهم يمكن أن يصيروا مصدراً لازدراء أقرانهم في نفس عمرهم الزمني. أما المناصرون أو المؤيدون

للإسراع على الجانب الآخر فيرون أنه يوفر للتلاميذ الأكبر سناً من الطفل الموهوب مقررات دراسية ملائمة وأساليب تدريسية مناسبة لهم ولقدراتهم المختلفة وذلك في مدارس خاصة بهم أو في فصول عادية. وفضلاً عن ذلك فإن تجميع هؤلاء التلاميذ مع أقران لهم يقاربونهم في مستوى قدراتهم العقلية في فول لا يعد الواحد منهم هو الأول فيها، أو هو الوحيد الذي يكون على صواب يكسبهم مفاهيم أكثر واقعية لذواتهم، ويتعلمون التساهل مع أولئك الأطفال الذين يقلون عنهم في قدراتهم المختلفة.

ومن الواضح أن نتائج الدراسات التي أجريت حول الإسراع لا تدل بشكل واضح على أن له آثاراً سلبية على التلاميذ، كما أنها لم تدل كذلك على أنه يعود عليهم بالفائدة في كل الحالات. ومع ذلك يبدو أن الإسراع يعد بمثابة خطة ممتازة يمكن اتباعها مع الأطفال الموهوبين، ولكنها تتطلب اهتماماً دقيقاً لكل حالة فردية ولكل جوانب المنهج الدراسي المقرر.

الإثراء

قام رينزولي Renzulli وزملاؤه (Reis &Renzulli,2001; Renzulli & Reis,2000) بتطوير نموذج إثرائي يقوم على فكرة أن الأطفال يبدون سلوكيات معينة تعكس مواهبهم وذلك عند قيامهم بأداء مشروعات أو أنشطة معينة يستخدمون فيها قدراتهم التي تزيد عن المتوسط، وإبداعهم أو ابتكاريتهم، والتزامهم بأداء المهام المتضمنة فيها أي دافعيتهم للقيام بذلك. ويقوم التلاميذ الذين يتم اختيارهم للاشتراك في برنامج خاص بموهبة معينة عن طريق أساليب التحديد التي يتم اتباعها لدراسة الحالة بالاشتراك في الأنشطة الإثرائية المتضمنة التي تتضمن قيام هؤلاء التلاميذ بصورة فردية أو في مجموعات صغيرة بحل المشكلات المتضمنة الشبيهة بمشكلات الحياة الواقعية، وبالتالي فإنهم يتصرفون وكأنهم استقصائيون، أو سياسيون، أو جيولوجيون، أو محررون، أو ما إلى ذلك. ويتحدد دور المعلم في هذا المضمار فيما يلي:

1- مساعدة التلاميذ في تركيز اهتمامهم بصورة عامة على مشكلة قابلة للحل.

2- تزويدهم بالأدوات والأساليب اللازمة لحل تلك المشكلة التي تعد ضرورية بالنسبة لهم حتى يتمكنوا من حلها.

3- مساعدتهم في نقل وتوصيل النتائج التي قد يتوصلون إليها إلى مشاهدين حقيقيين لهم ينتظرون ما سوف تسفر عنه جهودهم في هذا الصدد حيث يمكنهم أن يحققوا استفادة كبيرة من نتائج جهود هؤلاء التلاميذ.

هذا ويظل التلاميذ مقيدين في برنامج الإثراء ويحضرون إليه بانتظام طالما لا تزال لديهم

القدرة، والابتكار، والدافعية التي تمكنهم من متابعة تلك الأنشطة الإنتاجية التي تخرج عن إطار تلك الأنشطة المتضمنة في المنهج العادي الذي يتم تقديمه لأقرانهم في مثل عمرهم الزمني. ويعرف هذا النموذج باسم النموذج الإثرائي المدرسي The Schoolwide Enrichment Model SEM ويكمن الهدف منه في تقديم برامج خاصة لأولئك التلاميذ الموهوبين تعد بمثابة جزءاً متكاملاً من تعليمهم العام.

التدخل المبكر Early Jntervention

تمثل الموهبة التي يبديها الأطفال الأصغر سناً كما يشير كل من بيرليث وآخرين Perleth et.al. (2000) وجاكسون وكلين Jackson &Klein (1997) مشكلات خاصة في تعريفها، وتحديدها، ووضع البرامج المناسبة لها، وتقييمها. وعلى الرغم من تلك التطورات التي شهدها مجال إعداد البرامج النموذجية لهم وتوفير الخدمات الأفضل التي يحتاجون إليها فلا تزال هناك اتجاهات سلبية نحو تلك الجهود التي يتم بذلها في هذا المضمار. كذلك فهناك العديد من العقبات التي تحول دون تقديم التربية المثلى لهؤلاء الأطفال، وتتضمن مثل هذه العقبات نقص التأييد الوالدي لها، ونقص التدريب المناسب للمعلمين، والتركيز على التلاميذ الأكبر سناً ذوي القدرات غير العادية، والقيود المالية، والعقبات القانونية كتلك القوانين التي تمنع الالتحاق المبكر بالمدرسة. كذلك فإن العقبات التي تحول دون التحديد المبكر وتقديم البرامج المبكرة للتلاميذ الموهوبين تتضمن الأيديولوجيات والسياسات المدرسية التي ترفض تقدم التلاميذ في الصفوف الدراسية التي تتجاوز مستوى العمر الزمني لأقرانهم.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأسئلة التي تتعلق بتعليم أولئك الأطفال الأصغر سناً الذين يتميزون بمواهبهم الخاصة وقدراتهم غير العادية لا تزال في حاجة إلى إيجاد حلول مناسبة لها والتوصل إليها حيث لم تتم الإجابة عنها حتى الوقت الراهن. كذلك فليس هناك سوى القدر الضئيل نسبياً من المعلومات هي التي نعرفها عن أهمية تحديد مثل هؤلاء الأطفال والتعرف عليهم قبل وصولهم الصف الثالث أو الرابع ووضع البرامج المناسبة لهم، وتحديد الأسلوب الأمثل لتدريب الوالدين والمعلمين على التعامل مع أطفال ما قبل المدرسة الذين يتسمون في الواقع بمواهبهم وقدراتهم غير العادية. ومع ذلك فإن بإمكاننا أن نقرر بقدر كبير من الثقة كما يرى كارنيز وجونسون Karnes &Johnson (1991) عدداً من الأمور المختلفة والمتنوعة التي ترتبط بهذا المضمار وذلك كما يلي:

1- أننا لم نقم بأي إجراءات لحدوث التحديد المبكر للأطفال الموهوبين وتقديم البرامج المناسبة لهم.

2- أنه لا يوجد سوى عدد قليل فقط ممن يدافعون عن الأطفال الموهوبين الأصغر سناً ويعملون على تقديم المساندة اللازمة لهم.

3- أنه لا توجد لدينا أي مؤسسات تقدم مستوى مرتفعاً من التدريب للعاملين في مجال الموهبة والموهوبين حتى يتمكنوا من العمل مع الأطفال الموهوبين الأصغر سناً.

4- أننا حقيقة نعد في حاجة إلى العديد من المصادر المالية التي نتمكن بموجبها من إجراء البحوث المتنوعة على أولئك الأطفال الموهوبين الأصغر سناً وأسرهم، ومن تطوير إجراءات أكثر فعالية وتأثيراً يمكننا أن نقوم بموجبها وفي ظل تطويرنا للأدوات اللازمة بفرز وتصفية الأطفال الموهوبين، وتقييم قدراتهم، وتحديد الاستراتيجيات الأكثر تأثيراً في هذا الإطار حتى نتمكن من أن نعمل بواسطتها على تلبية احتياجاتهم الفريدة وأن نحرص على إشباعها. ويتضمن ذلك تلك الأساليب الفارقة للتعليم، والمعلومات التتبعية التي يكون من شأنها أن تزيد من فهمنا وبصيرتنا بفعالية تلك الأساليب المتبعة في سبيل تحديد هؤلاء الأطفال وإعداد البرامج المناسبة لهم.

5- أنه لا توجد لدينا أي تشريعات نحتاجها كي نسمح للمدارس العامة أن تقوم بتقديم الخدمات اللازمة للأطفال الموهوبين الأصغر سناً الذين تقل أعمارهم عن الخامسة، أو تقوم بالإنفاق على إعداد البرامج التربوية اللازمة والمناسبة لهم.

6- أنه لا يوجد بين المعلمين أو الآباء على السواء سوى قدر ضئيل من الوعي بأهمية التحديد المبكر للأطفال الموهوبين وتقديم البرامج المناسبة لهم.

7- أن الإجراءات والأدات التي يتم اتباعها واللجوء إليها في سبيل تحديد الأطفال ذوي الإعاقات، والأطفال الذين ينحدرون من أسر ذات دخل قليل أي من المحرومين اقتصادياً يجب أن تسهم في المقارنة بين مثل هؤلاء الأطفال بدلاً من توقع ما يمكن أن يحققوه أو يحصلون عليه من درجات على هذه المقاييس قياساً بأقرانهم الأكثر قدرة وموهبة أو أقرانهم غير المعوقين.

8- أن عملية تحديد الأطفال الموهوبين الأصغر سناً والتعرف عليهم يجب أن تكون عملية مستمرة، وقد يكون ذلك حقيقياً بالنسبة لأولئك الأطفال المحرومين اقتصادياً أو الذين ينحدرون من جماعات الأقليات إضافة إلى الأطفال المعوقين نظراً لأن مثل هؤلاء الأطفال يعدون في حاجة إلى الوقت الكافي أو لمزيد من الوقت، وإلى الفرصة المناسبة لإظهار مواهبهم الخاصة.

وعلى الرغم من أن الإسراع ليس هو الدواء الذي يصلح لكل المشكلات التي يمكن أن

تظهر في هذا الميدان فإن الالتحاق المبكر بالمدرسة أو الإسراع عن طريق تخطي بعض الصفوف الدراسية أو بعض المواد الدراسية المختلفة كما يشير جالافر وجالافر Gallagher & Gallagher (1994) يوفر قدراً من المزايا ذات المغزى بالنسبة لبعض التلاميذ الأصغر سناً الذين يتميزون بمواهبهم الخاصة. وجدير بالذكر أن ما يحتاجه التلاميذ الأصغر سناً مرتفعي الموهبة بدرجة كبيرة في هذا الصدد إنما يتمثل في حريتهم في استغلال الأنساق المدرسية بوضعها الراهن أقصى وأنسب استغلال ممكن حيث يحتاجون إلى الحرية التي تسمح لهم بدراسة مقررات معينة مع أطفال يكبرونهم سناً إذ تمثل تلك الدراسة تحدياً لقدراتهم، كما أنهم يحتاجون أيضاً إلى أن يكونوا ممن تنطبق عليهم تلك القواعد العادية للأهلية والجدارة والتي يمكنهم بموجبها أن يسيروا بمعدل إسراعي أعلى في المناهج الدراسية العادية، ولكن للأسف لا يوجد في الواقع سوى عدد قليل نسبياً من الأطفال الموهوبين بمرحلة ما قبل المدرسة هم الذين يتلقون أنماط البرامج التربوية التي تتناسب مع قدراتهم. كذلك فإن هذا هو ما يحدث بالضبط خاصة مع أولئك الأطفال الموهوبين الأصغر سناً الذين ينحدرون من جماعات الأقليات، أو من تلك الأسر المحرومة اقتصادياً، أو الذين يعدون من المعوقين.

هذا وقد يكون الأطفال الموهوبون بمرحلة ما قبل المدرسة كما يشير بيرليث وآخرون Perleth ét.al. (2000) وروبنسون Robinson (1993) من الأطفال المتفوقين عقلياً، وقد يكونوا كذلك من الذين يتميزون بمعدل فوق المتوسط من السلوك التكيفي، ومن المهارات القيادية أيضاً. ومع ذلك فإن قدراتهم المتطورة في العديد من الجوانب لا تعني أن معدل نموهم سوف يكون فوق المتوسط في كل هذه المجالات حيث قد يصل معدل نموهم الانفعالي إلى مستوى متوسط قياساً بأقرانهم في نفس عمرهم الزمني وهو الأمر الذي يعني أن معدلات نموهم في الجوانب النمائية المختلفة تكون غير مستوية مما يعرضهم لمشكلات خاصة تتعلق بالعزلة الاجتماعية، كما تكون توقعات الراشدين التي تتعلق بمهاراتهم الانفعالية والاجتماعية غير واقعية وهو الأمر الذي قد يرجع في الواقع إلى ما تشهده المهارات اللغوية والمعرفية لأولئك الأطفال من تطور كبير. ولذلك فإنهم في واقع الأمر يعدون في حاجة إلى إرشاد خاص من أولئك الراشدين الذين لا يوفرون لهم بيئات تعليمية مناسبة فحسب، بل يعلمونهم النظام وقواعد ضبط السلوك بصورة مناسبة، ويعلمونهم تلك المهارات اللازمة لتحقيق الكفاءة الاجتماعية أيضاً. وفضلاً عن ذلك فإنهم قد يحتاجون إلى المساعدة التي تمكنهم على سبيل المثال من تحقيق الفهم الذاتي، والاستقلال، والتوكيدية، والحساسية للآخرين، ومهارات اتخاذ الأصدقاء، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood

لعله يكون من المنطقي أن نذكر أنه بالنسبة لأولئك الطلاب الموهوبين الذين يكون مستوى تحصيلهم الأكاديمي أقرب ما يكون من مستوى طاقاتهم الكامنة والذين تتم إتاحة الفرص لهم للقيام بأدوار الراشدين لا يمثل انتقالهم من الطفولة إلى المراهقة فالرشد، ومن المدرسة العليا إلى التعليم العالي أو عالم العمل كما يشير بلوكر وستوكنج (2001) Plucker &Stocking أي مشكلة لهم بالمرة حيث أنهم في مرحلة المراهقة يصبحون على وعي كامل بجوانب قوتهم المختلفة ونواحي ضعفهم، كما أن تلك الجوانب التي تشهد ضعفهم النسبي تشهد أيضاً انخفاض تقديرهم لذواتهم فيها حتى وإن كان أداؤهم في مثل هذه الجوانب يتفوق على أداء أقرانهم في مثل عمرهم الزمني في نفس الجوانب .

ومما لا شك فيه أن فترات الانتقال بالنسبة لهؤلاء المراهقين تعكس ما يواجهونه خلالها من مشكلات مثلهم في ذلك كأقرانهم ذوي الإعاقات وهو الأمر الذي يدفعنا إلى التفكير في حالة رايموند كورزويل Raymond Kurzweil الذي ابتكر آلة كورزويل الناطقة التي تستخدم في القراءة من جانب الأطفال المكفوفين كما أوضحنا بالفصل العاشر حيث كان كورزويل كما يرى نيوهاوس (1988)Neuhaus يعمل في برامج الكمبيوتر منذ أن كان في الثانية عشرة من عمره، وأسندت إليه شركة IBM العمل كمبرمج فيها، ثم اكتسب شهرة على المستوى القومي مع إنهائه للدراسة في المدرسة العليا وخاصة بسبب برنامج الكمبيوتر الفريد الذي أعده والذي يعمل على التأليف الموسيقي للموسيقى الأصلية بأسلوب موزارتMozart وبيتهوفين Beethoven وغيرهما. وبعد الدراسة الجيدة لجميع الخيارات التي تتعلق بالدراسة والتي أتيحت أمامه قرر كورزويل أن يلتحق بمعهد التكنولوجياInstitute of Technology في ماساشوستس Massachusetts حتى يتمكن من الاستفادة من علم الذكاء الصناعي وهو الأمر الذي تحقق له بالفعل حيث تمكن كورزويل من تحقيق نجاح باهر في مرحلة العمر الأوسط استطاع على أثره أن يؤسس العديد من المؤسسات المختلفة التي عمل مديراً لها.

وفي واقع الأمر فإن تلك الفترات الانتقالية لا تعتبر أمراً هيناً بالمرة بالنسبة للعديد من المراهقين الموهوبين، أو حتى للعديد من الموهوبين في مرحلة الرشد المبكر حيث يحتاج الكثيرون منهم إلى قدر لا بأس به من الإرشاد المهني والشخصي، وإلى نسق للعمل على هيئة شبكة تربط الطلاب بالمدرسة من ناحية وتربطهم بتلك المصادر التي يوفرها المجتمع المحلي لهم من ناحية أخرى. كذلك يتم من جانب آخر تقديم بعض الخدمات الضرورية المناسبة لبعض هؤلاء الطلاب الموهوبين من خلال ما يعرف بالمدخل الإلكتروني الذي يعتمد على استخدام أفضل مزايا الإثراء والإسراع، ويقوم باستغلالها بشكل جيد في سبيل تقديم تلك الخدمات اللازمة والمناسبة لهم.

ومن الجدير بالذكر أنه إذا كان هناك موضوع جوهري يتعلق بتعليم المراهقين الموهوبين فإن مثل هذا الموضوع سوف يتمثل بالضرورة في الإسراع وذلك في مقابل الإثراء. ويرى المؤيدون للإثراء أن هؤلاء الطلاب يحتاجون إلى الاتصال الاجتماعي المستمر بأقرانهم في نفس عمرهم الزمني، وبالتالي فإنهم يجب أن يقوموا بدراسة تلك المناهج الدراسية التي يقوم هؤلاء الأقران بدراستها وإن كانوا يدرسون الموضوعات المقررة فيها بقدر أكبر من التعمق. أما المؤيدون للإسراع فيرون أن الطريقة الوحيدة لتوفير وتقديم التعليم المناسب الذي يمكنه أن يمثل تحدياً لهؤلاء الطلاب وقدراتهم إنما تتمثل في إتاحة الفرصة لهم للتنافس مع أولئك الطلاب الأكبر منهم سناً، كما يرون أنه نظراً لأن القدرات المعرفية لهؤلاء الطلاب تعتبر متقدمة ومتطورة، وتتجاوز مستوى أعمارهم الزمنية فإنهم يجب أن يتقدموا في المناهج المقررة بشكل أسرع عن طريق الإسراع.

وقد يعني الإسراع بالنسبة لبعض الطلاب ذوي المواهب الخاصة التحاقهم المبكر بالكلية، أو القيد المتزامن في المدرسة العليا أو الثانوية والجامعة في ذات الوقت بحيث يدرسون بشكل أساسي في المدرسة العليا ويقومون في الوقت ذاته بدراسة مقررات معينة في الكلية. ويتم في الواقع تقييم تلك البرامج التربوية التي تقوم على الإسراع وخاصة في الرياضيات بشكل دقيق ومناسب. ويبدو أن الالتحاق المبكر بالكلية سواء كان ذلك بشكل كلي أي الالتحاق بالكلية والدراسة بها فقط، أو بشكل جزئي أي دراسة مقررات دراسية معينة فقط بها وذلك أثناء الدراسة بالمدرسة العليا يمثل بديلاً جيداً بالنسبة للعديد من الطلاب الموهوبين طالما كان يتم بقدر مناسب من العناية والاهتمام، وبقدر مناسب من الحساسية للحاجات الفردية للطلاب. وكما يشير بوشير Buescher(1991) فإنه نظراً لأن المراهقين الموهوبين هم مراهقون في المقام الأول ويخبرون النكوص، والدفاع، والتذبذبات المرتبطة بالمراهقة العادية يصبح من المهم أن نوفر ونقدم لهم تلك الخدمات التي ترتبط بكل من الإرشاد والمساندة وخاصة لأولئك المراهقين الذين يلتحقون مبكراً بالجامعة حتى نضمن أنهم قد مروا بخبرات اجتماعية مناسبة يكون من شأنها أن تسهم في تحسين تقديرهم لذواتهم فضلاً عن تحسين قدرتهم على مواجهة تلك التحديات الأكاديمية المتعددة التي تتضمنها المقررات الدراسية المختلفة التي يقومون بدراستها، وقدرتهم على تحقيق النجاح فيها.

وإلى جانب الإسراع والإثراء فإن هؤلاء المراهقين الموهوبين يحتاجون إلى أن نركز الانتباه والاهتمام على تطورهم الشخصي والاجتماعي إذا ما أردنا لهم أن يحققوا انتقالاً ناجحاً من المراهقة إلى الرشد وعالم العمل. وكغيرهم من الجماعات الأخرى من الطلاب ذوي السمات

المميزة والاحتياجات الخاصة فإنه يمكنهم أن يستفيدوا من تلك الفرص التي تتاح أمامهم للتنشئة الاجتماعية مع أقرانهم الذين يشبهونهم في تلك السمات والذين يواجهون تحديات شبيهة بما يواجهونه هم أنفسهم، كما يمكنهم أيضاً أن يتعلموا من هؤلاء الطلاب العديد من الأمور. وإلى جانب ذلك يمكنهم تحقيق بعض المنافع المعينة من الانفتاح على الحياة بطبيعتها ومعناها، وتلك الاتجاهات التي يختارونها لأنفسهم سواء في هذا الجانب أو ذاك. وإذا ما تم تقديم المساندات اللازمة لهم فإنهم غالباً ما يستغلون تحديد الذات والمهارات الحياتية في سبيل تحقيق أهدافهم. ويناقش دليسلي Delisle (1992) ستة أمور واقعية ينبغي أن يستخدمها الراشدون في سبيل توجيه المراهقين ذوي المواهب الخاصة خلال فترة الانتقال هي:

1- أنه يجب علينا أن نتذكر أن الأساسيات الحقيقية في سبيل ذلك إنما تتجاوز القراءة، والكتابة، والحساب لتتضمن اللعب، والاسترخاء، وغير ذلك.

2- أن بإمكان الفرد أن يصل إلى مستوى جيد في مجال معين قد لا يجد فيه أي متعة، وأن مثل هذا المستوى الجيد في مجال ما لا يعني بالضرورة أن على الفرد أن يخطط حياته حول هذا المجال.

3- أن بإمكان الفرد أن يحقق مستوى جيداً في أداء شيء ما لا يعد شائعاً بين أصدقائه حيث من الممكن بالنسبة للفرد أن يرتبط بالآخرين وأن يشاركهم تفضيلاته، ومعتقداته، وخبراته، وأن يحذر من النمطية سواء فيما يتعلق بنفسه أو بالآخرين.

4- أن الحياة ليست سباقاً لكي نرى من الذي سيصل أسرع إلى النهاية، وهنا يجب ألا ينشغل الفرد كثيراً بالأداء، أو العمل، أو النجاح، وألا يخشى من تجريب أشياء قد لا يحقق النجاح فيها.

5- أن لدى الفرد القدرة على القيام بتوجيه الأسئلة التي توجد إجابات محددة لها ولكنه لا يقوم بذلك. وعلى هذا الأساس ينبغي عليه أن ينظر إلى العالم من حوله، وأن ينصت إليه، وأن ينشغل بجعله مكان أفضل مما هو عليه في الواقع.

6- أنه لا يزال هناك وقت حتى يمكن للفرد أن يصير ما ينبغي أن يكون عليه. وهنا عليه أن يتذكر أنه توجد أمامه خيارات مهنية متعددة، وأن عليه أن يختار منها، وأن يتابع تحقيق تلك الأهداف التي يحددها لنفسه.

الخلاصة: Summary

يكاد يتركز الخلاف حول تعريف الموهبة على تلك التساؤلات التي تتعلق بتلك الكيفية التي يحقق الأطفال التفوق بموجبها، وكيفية قياس مثل هذا التفوق، والدرجة التي يجب أن يصل الفرد إليها في تفوقه حتى نعتبره موهوباً، ومن هم أولئك الأفراد الذين يجب أن تتألف منهم المجموعة المحكية أو المرجعية، ولماذا ينبغي أن نقوم بتحديد الموهبة وأن نتعرف عليها. وهناك العديد من المصطلحات التي تتداخل في الواقع مع بعضها البعض، والتي يتم استخدامها في سبيل تعريف الموهبة والموهوبين. كذلك فإن استخدام اختبارات الذكاء الفردية كمحك وحيد أو أساسي في سبيل تحديد الموهبة قد لاقى قدراً كبيراً ومتزايداً من عدم الرضا وعدم الموافقة وذلك للعديد من الأسباب هي:

1- أن اختبارات الذكاء التقليدية محددة بما تقيسه.

2- أن مفهوم الذكاء يشهد إعادة تصور له في الوقت الراهن حيث هناك من يراه على أنه سمة عامة أو قدرة عامة، وهناك من يرى وجود ذكاءات متعددة.

3- أن الأطفال يبدون الموهبة ي مجالات معينة دون غيرها، وقد يوجد هناك أطفال معوقون يتميزون بالموهبة في ذات الوقت.

وينظر البعض بصورة خاطئة إلى الفرد الموهوب على أنه متفوق في جميع المجالات، ولكن الواقع يشهد تفوقه في جوانب معينة، وإبداءه مستوى عادي في جوانب أخرى، وهكذا. كما أن الموهبة في حد ذاتها ليست سمة ثابتة، ولكنها تعد بمثابة سمة متغيرة حيث أنها قد تكون موجودة لدى الفرد في أوقات معينة، وقد تختفي في أوقات أخرى أو تزداد تطوراً، وهكذا. ومن المعروف أن الأسباب التي تكمن خلف الموهبة كغيرها من جوانب الاستثناءات الأخرى تتباين، ومن الأكثر احتمالاً أن يرجع سببها إلى التفاعل بين كل من العوامل البيولوجية والعوامل البيئية. ومن جانب آخر فإن الموهبة لا تعد سمة مميزة لمستوى اقتصادي معين، أو لجماعة ثقافية معينة، أو لإحدى جماعات الأقليات أو الجماعات العرقية دون غيرها. وهناك اتفاق ثقافي على تعريف الموهبة يعتمد على وجود خمسة محكات أساسية يمكن بموجبها أن نحدد الموهبة في أي ثقافة من الثقافات دون أدنى قدر من التحيز هي محكات التميز، والندرة، وإمكانية الإثبات، والإنتاجية، والقيمة. ولأغراض تربوية يمكننا أن نقوم بتوسيع هذا التعريف ليتضمن القدرة العامة المرتفعة، والمستوى المرتفع من الابتكارية، والمستوى المرتفع من الالتزام بأداء المهام أو الدافعية.

ويجب أن يخضع اختيار الأفراد للالتحاق بالبرامج التربوية المختلفة إلى محكات متعددة حتى نتجنب التحيز ضد أي جماعة من تلك الجماعات المهمشة أو المهملة أي التي لم تنل الاهتمام الكافي بها. ويجب أن تراعي مثل هذه المبادئ أو المحكات تباين تعريفات الموهبة، وأن تعمل من جانب آخر على إدراك ما يترتب على أثر التباين الثقافي على سلوك الأطفال بين الثقافات المختلفة وداخل مثل هذه الثقافات جميعاً.

هذا وقد تم تصوير الأفراد الموهوبين في المجتمعات المختلفة على مر التاريخ في أنماط معينة على أنهم غير أكفاء من الناحية الجسمية، أو الاجتماعية، أو على أنهم أفراد غير عاديين. إلا أن الواقع يشهد أن الأفراد الموهوبين يتفوقون على أقرانهم في نفس عمرهم الزمني وذلك في مجالات خاصة من مجالات الأداء المختلفة، ومن ثم فإن غالبية الأفراد الموهوبين يعملون بمهن تتطلب قدرة عقلية أعلى من المتوسط، إلى جانب قدر مرتفع من الابتكارية، وقدر مرتفع كذلك من الدافعية.

ومن الجدير بالذكر أن العلاقة بين الموهبة ومفهوم الذات لا تزال غير مؤكدة، كما أن العديد من الطلاب الموهوبين يتسمون بالوعي بالذات، وتوكيد الذات، والمهارات الاجتماعية. وفضلاً عن ذلك فإن هناك جماعات مهمشة أو مهملة من الطلاب الموهوبين تتضمن الطلاب الموهوبين منخفضي التحصيل الذين يقل مستوى تحصيلهم عن قدراتهم لأي سبب من الأسباب، وجماعات الأقليات، والأطفال المعوقين إضافة إلى البنات ذوات القدرات غير العادية.

أما عن تعليم الأطفال الموهوبين وتربيتهم فإنها تقوم على ثلاث خصائص أساسية هي :

1- المناهج الدراسية التي يتم تصميمها في الأساس كي تناسب المهارات المعرفية المتطورة لمثل هؤلاء الأطفال.

2- الاستراتيجيات التعليمية التي تتسق مع أساليب التعليم التي ينتهجها هؤلاء الأطفال في جوانب معينة بالمنهج الدراسي المقرر.

3- التسهيلات الإدارية التي تتبع في سبيل تجميع هؤلاء الأطفال كي يتم تعليمهم.

وفضلاً عن ذلك فإن البرامج والممارسات التربوية التي يتم استخدامها مع الأطفال الموهوبين تتباين بدرجة كبيرة لتتضمن المدارس الخاصة، والإسراع، والفصول الخاصة، والتدريب، والإثراء وذلك خلال العام الدراسي أو أثناء الصيف. وإلى جانب ذلك فهناك خطط إدارية لإدخال بعض التغييرات على المنهج الدراسي تتضمن الإثراء في الفصل، أو اللجوء إلى المعلم المرشد، وغرف المصادر، والمعلم الخصوصي في المجتمع المحلي، والدراسة المستقلة، والفصول الخاصة، والمدارس الخاصة.

ويتضمن التدخل المبكر التحديد المبكر للأطفال ذوي القدرات الخاصة، وتوفير الإثارة اللازمة في سبيل تنمية مواهب أطفال ما قبل المدرسة، وتوفير إجراءات خاصة كالإسراع مثلاً، وتقديم الرعاية الخاصة لهم في سبيل تطوير نموهم الانفعالي والاجتماعي الذي يتأخر عن مهاراتهم المعرفية واللغوية. ومن ناحية أخرى فإن البرامج الانتقالية من المراهقة إلى الرشد أو التعليم العالي أو عالم العمل لا تمثل أي مشكلة للمراهقين الموهوبين وذلك بعكس ما يحدث بالنسبة للمراهقين ذوي الإعاقات. ومع ذلك فإن العديد من المراهقين الموهوبين يحتاجون إلى الإرشاد الشخصي والمهني، وإلى مساعدتهم على الاتصال بالمصادر المدرسية والمجتمعية المختلفة. ولا يخفى علينا أن الإسراع والإثراء يبقيان هما أكثر الأساليب المستخدمة في هذا الصدد، ولكل منهما مؤيدوه الذين يناصرون استخدامه مع هؤلاء المراهقين.

Shields, C. M. (1995). A comparison study of student attitudes and perceptions in homogeneous and heterogeneous classrooms. *Roeper Review, 17*, 234–238.

Silverman, L. K. (1997). Family counseling with the gifted. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 382–397). Boston: Allyn & Bacon.

Smutny, J. F. (2001). *Creative strategies for teaching language arts to gifted students* (K–8). (ERIC Digest No. E612). Retrieved October 30, 2001 from www.ericec.org.

Sternberg, R. J. (1997). A triarchic view of giftedness: Theory and practice. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 43–53). Boston: Allyn & Bacon.

Sternberg, R. J. (1998). Abilities are forms of developing expertise. *Educational Researcher, 27*(3), 11–20.

Sternberg, R. J. (2000). Giftedness as developing expertise. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 23–54). New York: Pergamon.

Sternberg, R. J. (2001). What is the common thread of creativity? Its dialectical relation to intelligence and wisdom. *American Psychologist, 56*, 360–362.

Sternberg, R. J., & Dess, N. K. (2001). Creativity for the new millennium. *American Psychologist, 56*, 332.

Sternberg, R. J., & Zhang, L. (1995). What do we mean by giftedness? A pentagonal implicit theory. *Gifted Child Quarterly, 39*, 88–94.

Stokes, P. D. (2001). Variability, constraints, and creativity: Shedding light on Claude Monet. *American Psychologist, 56*, 355–359.

Subotnik, R. F., & Arnold, K. D. (Eds.). (1994). *Beyond Terman: Contemporary longitudinal studies of giftedness and talent*. Norwood, NJ: Albex.

Swiatek, M. A. (1998). Helping gifted adolescents cope with social stigma. *Gifted Child Today, 21*(1), 42–46.

Swiatek, M. A., & Benbow, C. P. (1991). Ten-year longitudinal follow-up of ability-matched accelerated and unaccelerated gifted students. *Journal of Educational Research, 83*, 528–538.

Tannenbaum, A. J. (1993). History of giftedness and "gifted education" in world perspective. In K. A. Heller, F. J. Monks, & A. H. Passow (Eds.), *International handbook of research and development of giftedness and talent* (pp. 3–27). New York: Pergamon.

Tannenbaum, A. J. (1997). The meaning and making of giftedness. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 27–42). Boston: Allyn & Bacon.

Tannenbaum, A. J. (2000a). A history of giftedness in school and society. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 23–54). New York: Pergamon.

Tannenbaum, A. J. (2000b). Giftedness: The ultimate instrument for good and evil. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 447–466). New York: Pergamon.

Thompson, L. A., & Plomin, R. (2000). Genetic tools for exploring individual differences in intelligence. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 157–164). New York: Pergamon.

Tomlinson, C. (1995). *Differentiating instruction for advanced learners in the mixed-ability middle school classroom*. (ERIC Digest No. E536). Retrieved October 30, 2001 from www.ericec.org.

Tomlinson, C. A., Kaplan, S. N., Renzulli, J. S., Purcell, J., Leppien, J., & Burns, D. (2002). *The parallel curriculum: A design to develop high potential and challenge high-ability learners*. Thousand Oaks, CA: Corwin.

Van Tassel-Baska, J. (1998). The development of academic talent: A mandate for educational best practice. *Phi Delta Kappan, 79*, 760–763.

Van Tassel-Baska, J. (2000). Theory and research on curriculum development for the gifted. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 345–365). New York: Pergamon.

Ward, T. B. (2001). Creative cognition, conceptual combination, and the creative writing of Sephen R. Donaldson. *American Psychologist, 56*, 350–354.

Willard-Holt, C. (1999). *Dual exceptionalities*. (ERIC Digest No. E574.) Alexandria, VA: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

Zirkel, P. A. (2003). *The law and gifted education*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Heller, K. A., Monks, F. J., Sternberg, R. J., & Subotnik, R. F. (Eds.). (2000). *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed.). New York: Pergamon.

Hunsaker, S. L. (1995). The gifted metaphor from the perspective of traditional civilizations. *Journal for the Education of the Gifted, 18*, 255–268.

Hunsaker, S. L., & Callahan, C. M. (1995). Creativity and giftedness: Published instrument uses and abuses. *Gifted Child Quarterly, 39*, 110–114.

Hunter, S. (2001, December 21). Fragile genius of "A Beautiful Mind:" The human enigma within the known patterns of the universe. *Washington Post*, C1, C5.

Karnes, M. B., & Bean, S. M. (Eds.). (2001). *Methods and materials for teaching the gifted.* Waco, TX: Prufrock Press.

Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education.* Lanham, MD: Scarecrow Education.

Kauffman, J. M. & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it.* Boston: Allyn & Bacon.

Kaufman, M. (1998, February 2). The best for the brightest. *Washington Post Magazine*, pp. 18–20, 32–35.

Kaufmann, F. A., & Castellanos, F. X. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder in gifted students. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 621–632). New York: Pergamon.

Kaufmann, F., Kalbfleisch, M. L., & Castellanos, F. X. (2000). *Attention deficit disorders and gifted students: What do we really know?* Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Kerr, B. (1997). Developing talents in girls and young women. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 475–482). Boston: Allyn & Bacon.

Kerr, B. (2000). Guiding gifted girls and young women. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 649–658). New York: Pergamon.

Landrum, M. S., Callahan, C. M., & Shaklee, B. D. (Eds.). (2001). *Aiming for excellence: Gifted program standards.* Waco, TX: Prufrock Press.

Lubinski, D., Benbow, C. P., & Morelock, M. J. (2000). Gender differences in engineering and the physical sciences among the gifted: An inorganic-organic distinction. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 633–648). New York: Pergamon.

Lynch, M. D., & Harris, C. R. (Eds.). (2001). *Fostering creativity in children K–8: Theory and practice.* Boston: Allyn & Bacon.

Manstetten, R. (2000). Promotion of the gifted in vocational training. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 439–446). New York: Pergamon.

Martindale, C. (2001). Oscillations and analogies: Thomas Young, MD, FRS, genius. *American Psychologist, 56*, 342–345.

Montgomery, D. (Ed.). (2000). *Able underachievers.* London: Whurr.

Moon, S. M., & Rosselli, H. C. (2000). Developing gifted programs. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 499–521). New York: Pergamon.

Moon, S. M., Zentall, S., Grskovic, J. A., Hall, A., & Stormont, M. (2001). Emotional and social characteristics of boys with AD/HD and giftedness: A comparative case study. *Journal for the Education of the Gifted, 24*, 207–247.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2001). Catalytic creativity: The case of Linus Pauling. *American Psychologist, 56*, 337–341.

Neihart, M., Reis, S. M., Robinson, N. M., & Moon, S. M. (Eds.). (2002). *The social and emotional development of gifted children. What do we know?* Waco, TX: Prufrock Press.

Perleth, C., Schatz, T., & Monks, F. J. (2000). Early identification of high ability. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 297–316). New York: Pergamon.

Peters, W. A. M., Grager-Loidl, H., & Supplee, P. (2000). Underachievement in gifted children and adolescents: Theory and practice. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 609–620). New York: Pergamon.

Plomin, R. (1997). Genetics and intelligence. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 67–74). Boston: Allyn & Bacon.

Plucker, J. A., & Stocking, V. B. (2001). Looking outside and inside: Self-concept development of gifted adolescents. *Exceptional Children, 67*, 535–548.

Reis, S. M., & McCoach, D. B. (2002). Underachievement in gifted students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children. What do we know?* (pp. 81–91). Waco, TX: Prufrock Press.

Reis, S. M., & Renzulli, J. S. (2001). The schoolwide enrichment model: Developing students' creativity and talents. In M. D. Lynch & C. R. Harris (Eds.), *Fostering creativity in children, K–8: Theory and practice* (pp. 15–39). Boston: Allyn & Bacon.

Renzulli, J. S., & Park, S. (2002). *Giftedness and high school dropouts: Personal, family, and school-related factors.* Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Renzulli, J. S., & Reis, S. M. (1997). The schoolwide enrichment model: New directions for developing high-end learning. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 136–154). Boston: Allyn & Bacon.

Renzulli, J. S., & Reis, S. M. (2000). The schoolwide enrichment model. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 367–382). New York: Pergamon.

Rogers, K. B., & Kimpston, R. D. (1992). Acceleration: What we do vs. what we know. *Educational Leadership, 50*(2), 58–61.

Sapon-Shevin, M. (1994). *Playing favorites: Gifted education and the disruption of community.* Albany: State University of New York Press.

Shaywitz, S. E., Holahan, J. M., Freudenheim, D. A., Fletcher, J. M., Makuch, R. W., & Shaywitz, B. A. (2001). Heterogeneity within the gifted: Higher IQ boys exhibit behaviors resembling boys with learning disabilities. *Gifted Child Quarterly, 45*, 16–23.

Shermer, M. (2001). *The borderlands of science: Where sense meets nonsense.* New York: Oxford University Press.

Siegle, D., & McCoach, D. B. (2002). Promoting positive achievement attitude with gifted and talented students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children. What do we know?* (pp. 237–249). Waco, TX: Prufrock Press.

Borland, J. H., & Wright, L. (2000). Identifying and educating poor and under-represented gifted students. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 587–594). New York: Pergamon.

Burge, K. (1998, April). Prodigies. *U.S. Airways Attache*, 80–87.

Callahan, C. M. (1991). An update on gifted females. *Journal for the Education of the Gifted, 14*, 284–311.

Callahan, C. M. (1997). The construct of talent. *Peabody Journal of Education, 72*(3&4), 21–35.

Callahan, C. M. (2000). Evaluation as a critical component of program development and implementation. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 537–548). New York: Pergamon.

Callahan, C. M. (2001). Evaluating learner and program outcomes in gifted education. In F. A. Karnes & S. M. Bean (Eds.), *Methods and materials for teaching the gifted* (pp. 253–298) Waco, TX: Prufrock Press.

Callahan, C. M. (2003). *Advanced placement and international baccalaureate programs for talented students in American high schools: A focus on science and mathematics*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Clark, B. (1997). *Growing up gifted: Developing the potential of children at home and at school* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Cline, S., & Hegeman, K. (2001). Gifted children with disabilities. *Gifted Child Today, 24*(3), 16–24.

Colangelo, N., & Assouline, S. G. (2000). Counseling gifted students. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 595–608). New York: Pergamon.

Coleman, L. J., & Cross, T. L. (2000). Social-emotional development and the personal experience of giftedness. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 203–212). New York: Pergamon.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based Standards. Retrieved June 5, 2001 from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html

Cropper, C. (1998). Fostering parental involvement in the education of the gifted minority student. *Gifted Child Today, 21*(1), 20–24, 46.

Cross, T. L. (1997). Psychological and social aspects of educating gifted students. *Peabody Journal of Education, 72*(3&4), 180–200.

Dale, E. J. (2000). Technology for individuals with gifts and talents. In J. E. Lindsey (Ed.), *Technology and exceptional individuals* (3rd ed., pp. 375–407). Austin, TX: Pro-Ed.

De Hahn, E. L. H. (2000). Cross-cultural studies in gifted education. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 549–561). New York: Pergamon.

Feldhusen, J. F. (1998). Programs for the gifted few or talent development for the many? *Phi Delta Kappan, 79*, 735–738.

Feldhusen, J. R., & Jarwan, F. A. (2000). Identification of gifted and talented youth for educational programs. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 271–282). New York: Pergamon.

Ford, D. Y. (1998). The under-representation of minority students in gifted education: Problems and promises in recruitment and retention. *Journal of Special Education, 32*, 4–14.

Ford, D. Y. (2002). Racial identity among gifted African American students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children. What do we know?* (pp. 155–163). Waco, TX: Prufrock Press.

Freeman, J. (2000). Families: The essential context for gifts and talents. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 573–586). New York: Pergamon.

Gagne, F. (2000). Understanding the complex choreography of talent development through DMGT-based analysis. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 67–79). New York: Pergamon.

Gallagher, J. J. (1998). Accountability for gifted students. *Phi Delta Kappan, 79*, 739–742.

Gallagher, J. J. (2000a). Changing paradigms for gifted education in the United States. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 681–693). New York: Pergamon.

Gallagher, J. J. (2000b). Unthinkable thoughts: Education of gifted students. *Gifted Child Quarterly, 44*, 5–12.

Gallagher, J. J. (2002). *Society's role in educating gifted students: The role of public policy*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Gallagher, J. J., & Gallagher, S. A. (1994). *Teaching the gifted child* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gardner, H., & Hatch, T. (1989). Multiple intelligences go to school: Educational implications of the theory of multiple intelligences. *Educational Researcher, 18*(8), 4–9.

Gentry, M., & Owen, S. V. (1999). An investigation of the effects of total school flexible cluster grouping on identification, achievement, and classroom practices. *Gifted Child Quarterly, 43*, 224–243.

Goldsmith, B. (2005). *Obsessive genius: The inner world of Marie Curie*. New York: Norton.

Gould, S. J. (1996). *The mismeasure of man* (Rev. ed.). New York: Norton.

Gross, M. U. M. (1992). The use of radical acceleration in cases of extreme intellectual precocity. *Gifted Child Quarterly, 36*, 91–99.

Gross, M. U. M. (1993). *Exceptionally gifted children*. London: Routledge.

Gross, M. U. M. (2000). Issues in the cognitive development of exceptionally and profoundly gifted individuals. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 179–192). New York: Pergamon.

Gross, M. U. M. (2002). Social and emotional issues for exceptionally intellectually gifted students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children. What do we know?* (pp. 19–29). Waco, TX: Prufrock Press.

Gruber, H. E., & Wallace, D. B. (2001). Creative work: The case of Charles Darwin. *American Psychologist, 56*, 346–349.

Cowden, A. J., & Funkhouser, E. (2001). Adolescent pregnancy, infant mortality, and source of payment for birth: Alabama residential live births, 1991–1994. *Journal of Adolescent Health, 29*, 37–45.

DeFord, S. (1998, July 26). High tech for the disabled. *Washington Post Education Review, 4*, 30.

Earley, T. (2000). *Jim the Boy* (pp. 203–205). Boston: Little, Brown.

Engel, J. (1995). Concepts of epilepsy. *Epilepsia, 36*, 23–29.

Girvin, J. P. (1992). Is epilepsy a progressive disorder? *Journal of Epilepsy, 5*, 94–104.

Gouvier, W. D., Brown, L. M., Prestholdt, P. H., Hayes, J. S., & Apostolas, G. (1995). A survey of common misconceptions about epilepsy *Rehabilitation Psychology, 40*, 51–59.

Hanson, M. J. (Ed.). (1996). *A typical infant development* (2nd ed.). Austin TX: Pro-Ed.

Heller, K. W., Alberto, P. A., Forney, P. E., & Schwartzman, M. N. (1996). *Understanding physical, sensory, and health impairments: Characteristics and educational implications*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Heller, K. W., Alberto, P. A., & Meagher, T. M. (1996). The impact of physical impairments on academic performance. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 8*, 233–245.

Karnish, K., Bruder, M., & Rainforth, B. (1995). A comparison of physical therapy in two school based treatment contexts. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 15*(4), 1–25.

Leaman, O. (2000). Schools and death. In A. Closs (Ed.), *The education of children with medical conditions* (pp. 155–168). London: David Fulton.

Lerner, J. W., Lowenthal, B., & Egan, R. (1998). *Preschool children with special needs: Children at risk, children with disabilities*. Boston: Allyn & Bacon.

Lindsey, J. E. (Ed.). (2000). *Technology and exceptional individuals* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Llewellyn, A., & Chung, M. C. (1997). The self-esteem of children with physical disabilities—Problems and dilemmas of research. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 9*, 265–275.

Magill-Evans, J., Darrah, J., Pain, K., Adkins, R., & Kratochvil, M. (2001). Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families? *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 466–472.

Michael, R. J. (1995). *The educator's guide to students with epilepsy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Moore, J. (1985). Technology is not magic. *Exceptional Parent, 15*(7), 41–42.

Morningstar, M. E., Turnbull, H. R., Lattin, D. L., Umbarger, G. T., Reichard, A., & Moberly, R. (2001). Students supported by medical technology: Making the transition from school to adult life. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 13*, 229–259.

Murphy, D. A., Roberts, K., & Hoffman, D. (2002). Stigma and ostracism associated with HIV/AIDS children carrying the secret of their mothers' HIV + serostatus. *Journal of Child and Family Studies, 11*, 191–202.

Nabors, L. A., & Larson, E. R. (2002). The effects of brief interventions on children's playmate preferences for a child sitting in a wheelchair. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14*, 403–413.

Nabors, L. A., & Lehmkuhl, H. D. (2004). Children with chronic medical conditions: Recommendations for school mental health clinicians. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*, 1–19.

Olrick, J. T., Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (2002). Mother's and father's responses to signals of children with cerebral palsy during feeding. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14*, 1–17.

Parra, J., Augustijn, P. B., Geerts, Y., & Boas, W. (2001). Classification of epileptic seizures: a comparison of two systems. *Epilepsia, 42*, 476–482.

Pless, I. B. (Ed.). (1994). *The epidemiology of childhood disorders*. New York: Oxford University Press.

Rogers, A. S. (2001). HIV research in American youth. *Journal of Adolescent Health, 29*(Suppl. 3S), 1–4.

Shelter News. (2001, Fall). Battering and teen pregnancy: A connection too real to ignore. Charlottesville, VA: Shelter for Help in Emergency.

Singh, D. K. (2003). Families of children with spina bifida: A review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 15*, 37–55.

Spiegel, G. L., Cutler, S. K., & Yetter, C. I. (1996). What every teacher should know about epilepsy. *Intervention in School and Clinic, 32*, 34–38.

Szabo, J. L. (2000). Maddie's story: Inclusion through physical and occupational therapy. *Teaching Exceptional Children, 33*(2), 12–18.

Tyler, J. S., & Colson, S. (1994). Common pediatric disabilities: Medical aspects and educational implications. *Focus on Exceptional Children, 27*(4), 1–16.

Vig, S., & Kaminer, R. (2002). Maltreatment and developmental disabilities in children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14*, 371–386.

Vining, E. P. G., & Freeman, J. M. (1996). Epilepsy and developmental disabilities. In A. J. Capute & P. J. Accardo (Eds.), *Developmental disabilities in infancy and childhood: Vol. 2. The spectrum of developmental disabilities* (2nd ed., pp. 511–520). Baltimore: Paul H. Brookes.

Wolman, C., Garwick, A., Kohrman, C., & Blum, R. (2001). Parents' wishes and expectations for children with chronic conditions. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 13*, 261–277.

CHAPTER 15

Amabile, T. M. (2001). Beyond talent: John Irving and the passionate craft of creativity. *American Psychologist, 56*, 333–336.

Assouline, S., & Lupkowski-Shoplik, A. (2003). *Developing mathematical talent: A guide for challenging and educating gifted students*. Waco, TX: Prufrock Press.

Baum, S. M., Olenchak, F. R., & Owen, S. V. (1998). Gifted students with attention deficits: Fact and/or fiction? Or, can we see the forest for the trees? *Gifted Child Quarterly, 42*, 96–104.

Borland, J. H. (1997). The construct of giftedness. *Peabody Journal of Education, 72*(3&4), 6–20.

Borland, J. H. (2004). *Issues and practices in the identification and education of gifted students from under-represented groups*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Borland, J. H., Schnur, R., & Wright, L. (2000). Economically disadvantaged students in a school for the academically gifted: A postpositivist inquiry into individual and family adjustment. *Gifted Child Quarterly, 44*, 13–32.

management (2nd ed., pp. 403–453). Boca Raton, FL: CRC Press.

Rapp, J. T., Miltenberger, R. G., Galensky, T. L., Ellingson, S. A., & Long, E. S. (1999). A functional analysis of hair-pulling. *Journal of Applied Behavior Analysis, 32*, 329–337.

Sandall, S., McLean, M. E., & Smith, B. J. (Eds.). (2000). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Longmont, CO: Sopris West.

Savage, R. C. (1988). *Introduction to educational issues for students who have suffered traumatic brain injury. An educator's manual: What educators need to know about students with traumatic brain injury*. Southborough, MA: Author.

Savage, R. C., & Wolcott, G. F. (1994). (Eds.). *Educational dimensions of acquired brain injury*. Austin, TX: Pro-Ed.

Scheetz, N. A. (2001). *Orientation to deafness* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Schlosser, R. W., & Raghenvendra, P. (2004). Evidence-based practice in augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication, 20*. 1–21.

Snell, M. E. (2004). What if your child lacks needed communication services and supports? *Exceptional Parent, 34*(2). 41–44.

Strain, P. S., Smith, B. J., & McWilliam, R. A. (1996). The widespread adoption of service delivery recommendations: A systems change perspective. In S. L. Odom & M. E. McLean (Eds.), *Early intervention/early childhood special education: Recommended practices* (pp. 101–123). Austin, TX: Pro-Ed.

Thompson, R. H., & Iwata, B. A. (2001). A descriptive analysis of social consequences following problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 169–178.

Tyler, J. S., & Mira, M. P. (1999). *Traumatic brain injury in children and adolescents: A sourcebook for teachers and other school personnel* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

U.S. Department of Education (1999, March 12). Assistance to the States for the Education of Children with Disabilities and the Early Intervention Program for Infants and Toddlers with Disabilities: Final Regulations. *Federal Register, 64*(48), 12422.

U.S. Office of Special Education Programs. (1998). *Positive behavioral support: Helping students with challenging behaviors succeed*. Reston, VA: ERIC/OSEP Special Project, the ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education, the Council for Exceptional Children.

Vandercook, T., York, J., & Forest, M. (1989). The McGill Action Planning System (MAPS): A strategy for building the vision. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 14*, 205–215.

Walther-Thomas, C., Korinek, L., McLaughlin, V. L., & Williams, B. T. (2000). *Collaboration for inclusive education: Developing successful programs*. Boston: Allyn & Bacon.

Wehmeyer, M. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation, 27*, 303–314.

Westling, D. L., & Fox, L. (2000). *Teaching students with severe disabilities* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Worsdell, A. S., Iwata, B. A., Conners, J., Kahng, S. W. & R. H. (2000). Relative influences of establishing operations and reinforcement contingencies on selfinjurious behavior during functional analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 33*, 451–461.

Yoder, D. E. (2001). Having my say. *Augmentative and Alternative Communication, 17*, 2–10.

CHAPTER 14

Ainsa, P. (2000). *Teaching children with AIDS*. Lampeter, Ceredigion, Wales, UK: Edwin Mellen Press.

Andersson, C., & Mattson, E. (2001). Adults with cerebral palsy: A survey describing problems, needs, and resources, with special emphasis on locomotion. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 76–82.

Archibald, S. L., Fennema-Notestine, C., Gamst, A., Riley, E. P., Mattson, S. N., & Jernigan, T. L. (2001). Brain dysmorphology in individuals with prenatal alcohol exposure. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 148–154.

Auxter, D., Pyfer, J., & Huettig, C. (2001). *Principles and methods of adapted physical education* (9th ed.). Boston, MA: McGraw Hill.

Avoli, M., Rogawski, M. A., & Avanzini, G. (2001). Generalized epileptic disorders: An update. *Epilepsia, 42*, 445–457.

Ayala, G. F., Elia, M., Cornaggia, C. M., & Trimble, M. M. (Eds.). (2001). Epilepsy and learning disabilities. *Epilepsia, 42*(Suppl. 1).

Bartonek, A., & Saraste, H. (2001). Factors influencing ambulation in myelomeningocele: A cross-sectional study. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 253–260.

Batshaw, M. L., & Perret, Y. M. (1986). *Children with handicaps: A medical primer*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Baumeister, A. A., Kupstas, F., & Klindworth, L. M. (1990). New morbidity: Implications for prevention of children's disabilities. *Exceptionality, 1*, 1–16.

Bax, M. (2001). Editorial: What's in a name? *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 75.

Besag, F. M. C. (1995). Epilepsy, learning, and behavior in children. *Epilepsia, 36*, 58–63.

Bigge, J. L., Best, S. J., & Heller, K. W. (2001). *Teaching individuals with physical, health, or multiple disabilities* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.

Blum, R. W. (1992). Chronic illness and disability in adolescence. *Journal of Adolescent Health, 13*, 364–368.

Bottos, M., Feliciangeli, A., Sciuto, L., Gericke, C., & Vianello, A. (2001). Functional status of adults with cerebral palsy and implications for treatment of children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 516–528.

Brown, R. T. (1993). An introduction to the special series: Pediatric chronic illness. *Journal of Learning Disabilities, 26*, 4–6.

Bullock, C. C., & Mahon, M. J. (2000). *Introduction to recreation services for people with disabilities: A person-centered approach*. Champaign, IL: Sagamore.

Capute, A. J., & Accardo, P. J. (Eds.). (1996a). *Developmental disabilities in infancy and childhood: Vol. 1. Neurodevelopmental diagnosis and treatment* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

Capute, A. J., & Accardo, P. J. (Eds.). (1996b). *Developmental disabilities in infancy and childhood: Vol. 2. The spectrum of developmental disabilities* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

Closs, A. (Ed.). (2000). *The education of children with medical conditions*. London: David Fulton.

Coulter, D. L. (1993). Epilepsy and mental retardation: An overview. *American Journal on Mental Retardation, 98*, 1–11.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based Standards. Retrieved June 5, 2001 from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html.

Instruction of students with severe disabilities (pp. 207–243). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Horner, R. H., Vaughn, B. J., Day, H. M., & Ard, W. R. (1996). The relationship between setting events and problem behavior: Expanding our understanding of behavioral supports. In L. K. Kogel, R. L. Kogel, & G. Dunlap (Eds.). *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community* (pp. 381–402). Baltimore: Paul H. Brookes.

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M., & van Dijk, J. P. M. (2004). Enhancing the interactive competence of deafblind children: Do intervention effects endure? *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*, 73–94.

Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education*. Lanham, MD: Scarecrow Education.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, D. (2001). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.) Boston: Allyn & Bacon.

Kennedy, C. H., Meyer, K. A., Knowles, T., & Shukla, S. (2000). Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: Implications for assessment and treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis, 33*, 559–571.

Klein, M. D., Chen, D., & Haney, M. (2000). *Promoting learning through active interaction: A guide to early communication for young children who have multiple disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Kloepfer, H. W., Laguaite, J. K., & McLaurin, J. W. (1996). The hereditary syndrome of congenital deafness and retinitis pigmentosa (Usher's syndrome). *Laryngoscope, 76*, 850–862.

Kogel, L. K., Kogel, R. L., & Dunlap, G. (1996). *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Light, R., McCleary, C., Asarnow, R., Zaucha, K., & Lewis, R. (1998). Mild closed-head injury in children and adolescents: Behavior problems and academic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 1023–1027.

Lloyd, L. L., Fuller, D. R., & Arvidson, H. H. (Eds.). (1997). *Augmentative and alternative communication: A handbook of principles and practices*. Boston: Allyn & Bacon.

Loncke, F. (2001). Augmentative and alternative communication in the 21st century. *Augmentative and Alternative Communication, 17*, 61.

Marvin, C. A., Beukelman, D. R., Brockhaus, J., & Kast, L. (1994). "What are you talking about?" Semantic analysis of preschool children's conversational topics in home and preschool settings. *Augmentative and Alternative Communication, 10*, 75–86.

McCord, B. E., Thomson, R. J., & Iwata, B. A. (2001). Functional analysis and treatment of self-injury associated with transition. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*, 195–210.

McDonald, S., Togher, L., & Code, C. (Eds.). (1999a). *Communication disorders following traumatic brain injury*. East Sussex, UK: Psychology Press.

McDonald, S., Togher, L., & Code, C. (1999b). The nature of traumatic brain injury: Basic features and neuropsychological consequences. In S. McDonald, L. Togher, & C. Code (Eds.), *Communication disorders following traumatic brain injury* (pp. 19–54). East Sussex, UK: Psychology Press.

McLean, M. E., & Odom, S. L. (1996). Establishing recommended practices in early intervention/early childhood special education. In S. L. Odom & M. E. McLean (Eds.), *Early intervention/early childhood special education: Recommended practices* (pp. 1–22). Austin, TX: Pro-Ed.

Melancon, F. (2000). A group of students with Usher syndrome in south Louisiana. *Deaf-Blind Perspectives, 8*(1), 1–3.

Miles, B. (1998). Overview of deaf-blindness. Retrieved May 15, 2001 from the DB-LINK Web site on the World Wide Web: www.tr.wou.edu/dblink/Overview2.htm.

Miles, B. (1999, March 9). Talking the language of the hands. Retrieved June 1, 2001 from the DB-LINK Web site on the World Wide Web: www.tr.wou.edu/dblink/hands2.htm.

Miner, I., & Cioffi, J. (1999, October 25). Usher syndrome in the school setting. Retrieved May 15, 2001 from the DB-LINK Web site on the World Wide Web: www.tr.wou.edu/dblink/usherfulltext.htm.

Moon, M. S., & Inge, K. (2000). Vocational preparation and transition. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed., pp. 591–628). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Moss, K., & Hagood, L. (1995, January). Teaching strategies and content modifications for the child with deaf-blindness. *PS News*. Retrieved June 20, 2001 from www.tsbvi.edu/outreach/seehear/archive/strategies.html

Mostert, M. P. (1998). *Interprofessional collaboration in schools*. Boston: Allyn & Bacon.

Mostert, M. P. (2001). Facilitated communication since 1995: A review of published studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 287–313.

Mount, B., & Zwernik, K. (1988). *It's never too early; it's never too late*. St. Paul, MN: Metropolitan Council.

National Information Clearinghouse On Children Who Are Deaf-Blind. (2001, May 18). State definitions of deaf-blindness. Retrieved June 9, 2001 from the DB-LINK website on the World Wide Web: www.tr.wosc.osshe.edu/dblink/data/definitions.htm

National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.

Nelson, N. W. (1998). *Childhood language disorders in context: Infancy through adolescence* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Odom, S. L., & McLean, M. E. (Eds.), (1996). *Early intervention/early childhood special education: Recommended practices*. Austin, TX: Pro-Ed.

Oken-Fried, M., & Bersani, H. A. (Eds.). (2000). *Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communication*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Oley, C. A. (2001). CHARGE association. In S. B. Cassidy & J. E. Allanson (Eds.), *Management of genetic syndromes* (pp. 71–84). New York: Wiley-Liss.

Pease, L. (2000). Creating a communicating environment. In S. Aitken, M. Buultjens, C. Clark, J. T. Eyre, & L. Pease (Eds.), *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning* (pp. 35–82). London: David Fulton Publishers.

Persel, C. S., & Persel, C. H. (2004). The use of applied behavior analysis: Traumatic brain injury rehabilitation. In M. J. Ashley (Ed.), *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case*

CHAPTER 13

Adelson, P. D., & Kochanek, P. M. (1998). Head injury in children. *Journal of Child Neurology, 13*, 2–15.

Aitken, S. (2000). Understanding deafblindness. In S. Aitken, M. Buultjens, C. Clark, J. T. Eyre, & L. Pease (Eds.), *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning* (pp. 1–34). London: David Fulton Publishers.

Ashley, M. J. (Ed.). (2004). *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2nd ed.). Boca Raton, FL: CRC Press.

Baldwin, V. (1994). *Annual Deaf-Blind Census*. Monmouth: Teaching Research Division, DB-LINK: The National Clearinghouse on Children Who Are Deaf-Blind.

Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and alternative communication: Management of severe communication disorders in children and adults* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

Beukelman, D. R., Yorkston, K. M., & Reichle, J. (Eds.). (2000). *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Bigge, J. L., Best, S. J., & Heller, K. W. (2001). *Teaching individuals with physical, health, or multiple disabilities* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Boys Town National Research Hospital Genetics Department (2001, February 21). The Collaborative Usher Syndrome Project. Retrieved May 15, 2001 from the World Wide Web: http:/www.boystown.org/btnrh/genetics/usher.htm

Bredekamp, S., & Rosegrant, T. (Eds.). (1992). *Reaching potentials: Appropriate curriculum and assessment for young children*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Browder, D. M., & Bambara, L. M. (2000). Home and community. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed., pp. 543–589). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Brown, D. (1996, February). CHARGE. Retrieved May 15, 2001 from the A-Z to Deafblindness on the World Wide Web: http://www.deafblind.com/chargedb.html

Brown, F., & Snell, M. E. (2000). Meaningful assessment. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (pp. 67–114). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Cardona, G. W. (2000). Spaghetti talk. In M. Oken-Fried & H. A. Bersani (Eds.), *Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communication* (pp. 237–244). Baltimore: Paul H. Brookes.

CHARGE Syndrome Foundation, Inc. (2001, April 18). Home page. Retrieved May 15, 2001 from the World Wide Web: http://www.chargesyndrome.org/

Chen, D., Alsop, L., Minor, L. (2000). Lessons from Project PLAI in California and Utah: Implications for early intervention services to infants who are deaf-blind and their families. *Deaf-Blind Perspectives, 7*(3), 1–8.

Chen, D., Downing, J., & Rodriguez-Gil, G. (2000/2001). Tactile learning strategies for children who are deaf-blind: Concerns and considerations from Project SALUTE. *Deaf-Blind Perspectives, 8*(2), 1–6.

Christensen, J. R. (1996). Pediatric traumatic brain injury. In A. J. Capute & P. J. Accardo (Eds.), *Developmental disabilities in infancy and childhood: Vol. I. Neurodevelopmental diagnosis and treatment* (2nd ed., pp. 245–260). Baltimore: Paul H. Brookes.

Council for Exceptional Children. (2001). Traumatic brain injury: The silent epidemic. *CEC Today, 7*(7), 1, 5, 15.

Crimmins, C. (2000). *Where is the mango princess?* New York: Knopf.

Dell Orto, A. E., & Power, P. W. (2000). *Brain injury and the family: A life and living perspective* (2nd ed.). Washington, DC: CRC Press.

DePompei, R., & Tyler, J. (2004). Children and adolescents: Practical strategies for school participation. In M. J. Ashley (Ed.), *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2nd ed., pp. 559–580). Boca Raton, FL: CRC Press.

Division for Early Childhood. (1993). DEC position statement on inclusion. *DEC Communicator, 19*(4), 4.

Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes: A new look at behavior and interventions*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Families and Disability Newsletter. (2001, June). Positive behavioral support (PBS). Lawrence, KS: University of Kansas Life Span Institute Beach Center on Families and Disability.

Featherly, C. (2000). Life with cerebral palsy. In M. Oken-Fried & H. A. Bersani (Eds.), *Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communication* (pp. 189–193). Baltimore: Paul H. Brookes.

Ford, J., & Fredericks, B. (1995). Perceptions of inclusion by parents of children who are deaf-blind. In N. G. Haring & L. T. Romer (Eds.), *Welcoming students who are deaf-blind into typical classrooms: Facilitating school participation, learning, and friendships* (pp. 37–53). Baltimore: Paul H. Brookes.

Franklin, P., & Bourquin, E. (2000). Picture this: A pilot study for improving street crossings for deaf-blind travelers. *RE:view, 31*, 173–179.

Fraser, R. T., & Clemmons, D. C. (Eds.). (2000). *Traumatic brain injury rehabilitation: Practical, vocational, neuropsychological, and psychotherapy interventions*. Boca Raton, FL: CRC Press.

Freeberg, E. (2001). *The education of Laura Bridgman: First deaf and blind person to learn language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gense, D. J., & Gense, M. (1999). The importance of orientation and mobility skills for students who are deaf-blind. Retrieved May 15, 2001 from the DB-LINK Web site on the World Wide Web: www.tr.wou.edu/dblink/o&m2.htm

Giangreco, M. F., Cloninger, C. J., & Iverson, V. S. (1993). *Choosing options and accommodations for children: A guide to planning inclusive education*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Hall, B. D. (1979). Choanal atresia and associated multiple anomalies. *Journal of Pediatrics, 95*, 395–398.

Hembree, R. (2000). National deaf-blind child count summary: December 1, 1999 count. Monmouth, OR: National Technical Assistance Consortium for Children and Young Adults who are Deaf-Blind (NTAC), Teaching Research Division, Western Oregon University.

Hodges, L. (2000). Effective teaching and learning. In S. Aitken, M. Buultjens, C. Clark, J. T. Eyre, & L. Pease (Eds.), *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning* (pp. 167–199). London: David Fulton Publishers.

Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., & Todd, A. W. (2000). Positive behavior support. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.),

acteristics, and effective teaching (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hermelin, B. (1976). Coding and the sense modalities. In L. Wing (Ed.), *Early childhood autism*. London: Pergamon.

Herschkowitz, N. (2000). Neurological bases of behavioral development in infancy. *Brain Development, 22*, 411–416.

Hewetson, A. (2002). *The stolen child: Aspects of autism and Asperger syndrome*. Westport, CT: Bergin & Garvey.

Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., & Todd, A. W. (2000). Positive behavior support. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe retardation* (5th ed., pp. 207–243). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Institute of Medicine. (2004). *Immunization Safety Review: Vaccines and Autism*. Washington, DC: National Academies Press.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 217–250. Reprinted in L. Kanner, *Childhood psychosis: Initial studies and new insights* (pp. 1–43). Washington, DC: V. H. Winston, 1973.

Lainhart, J. E. (2003). Increased rate of head growth during infancy in autism. *Journal of the American Medical Association, 290*, 393–394.

Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclwaskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Developmental Disabilities, 7*, 388–451.

McClannahan, L. E., & Krantz, P. J. (1999). *Activity schedules for children with autism: Teaching independent behavior*. Bethesda, MD: Woodbine House.

Mesibov, G. B., Shea, V., & Adams, L. W. (2001). *Understanding Asperger syndrome and high functioning autism*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.

Minshew, N. J., Sweeney, J., & Luna, B. Autism as a selective disorder of complex information processing and underdevelopment of neocortical systems. *Molecular Psychiatry, 7*(Suppl. 2), S12–S15.

Mirenda, P. (2003). Toward functional augmentative and alternative communication for students with autism: Manual signs, graphic symbols, and voice output communication aids. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 34*, 203–216.

Murch, S. H., Anthony, A., Casson, D. H., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, A. P., Thomson, M. A., Valentine, A., Davies, S. E., & Walker-Smith, J. A. (2004). Retraction of an interpretation. *The Lancet, 363*, 750.

Myles, B. S. (2003). Social skills instruction for children with Asperger syndrome. In R. W. Du Charme & T. P. Gullotta (Eds.). *Asperger syndrome: A guide for professionals and families* (pp. 21–42). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.

Myles, B. S., & Simpson, R. L. (2001). Understanding the hidden curriculum: An essential social skill for children and youth with Asperger syndrome. *Intervention in School and Clinic, 36*, 279–286.

Myles, B. S., & Simpson, R. L. (2003). *Asperger syndrome: A guide for parents and teachers*. Austin, TX: Pro-Ed.

Nash, J. M. (2002, May 6). The secrets of autism. *Time*, 46–56.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.

Ozonoff, S. (1997). Causal mechanisms of autism: Unifying perspectives from an information-processing framework. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 868–879). New York: John Wiley.

Piven, J. Arndt, S., Bailey, J., & Andreason, N. C. (1996). Regional brain enlargement in autism: a magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 530–536.

Piven, J., Arndt, S., Bailey, J., Havercamp, S., Andreason, N. C., & Palmer, P. (1995). An MRI study of brain size in autism. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1145–1149.

Rogers, M. F., & Myles, B. S. (2001). Using social stories and comic strip conversations to interpret social situations for an adolescent with Asperger syndrome. *Intervention in School and Clinic, 36*, 310–313.

Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars*. New York: Knopf.

Scheuermann, B., & Webber, J. (2002). *Autism: Teaching does make a difference*. Stamford, CT: Wadsworth Group.

Schuler, A. L. (1995). Thinking in autism: Differences in learning and development. In K. A. Quill (Ed.), *Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization* (pp. 11–32). New York: Delmar Publishers.

Schwartz, I., Garfinkle, A., & Bauer, J. (1998). The Picture Exchange Communication System: Communicative outcomes for young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*, 144–159.

Shore, S. (2003). My life with Asperger syndrome. In R. W. Du Charme & T. P. Gullotta (Eds.), *Asperger syndrome: A guide for professionals and families* (pp. 189–209). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.

Simpson, R. L. (2004). Finding effective intervention and personnel preparation practices for students with autism spectrum disorders. *Exceptional Children, 70*, 135–144.

Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., & Smith-Myles, B. (2003). Inclusion of learners with autism spectrum disorders in general education settings. *Topics in Language Disorders, 23*, 116–133.

Strock, M. (2004). Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders). NIH Publication No. NIH-04-5511, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, 40 pp. Retrieved August 9, 2004 from the World Wide Web: www.nimh.nih.gov/publicat/autism.cfm.

Volkmar, F. R., & Pauls, D. (2003). Autism. *The Lancet, 362*, 1133–1141.

Wing, L. (1981). Asperger syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine, 11*, 115–129.

Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, A. P., Thomson, M. A., Harvey, P., Valentine, A., Davies, S. E., & Walker-Smith, J. A., (1998). Illeal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet, 351*, 637–641.

Wallin, J. (2004). Visual Supports: PECS. Retrieved August 2004 from the World Wide Web: www.polyxo.com/visualsupport/pecs.html.

Williams, K. (2001). Understanding the student with Asperger syndrome: Guidelines for teachers. *Intervention in School and Clinic, 36*, 287–292.

Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is prevalence rising? *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews, 8*(3), 151–161.

Rumrill, P. D., Roessler, R. T., Battersby-Longden, J. C., & Schuyler, B. R. (1998). Situational assessment of the accommodation needs of employees who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 92*, 42–54.

Rumrill, P. D., Schuyler, B. R., & Longden, J. C. (1997). Profiles of on-the-job accommodations needed by professional employees who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 91*, 66–76.

Ryles, R. (1996). The impact of braille reading skills on employment, income, education, and reading habits. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 90*, 219–226.

Schroeder, F. K. (1996). Perceptions of braille usage by legally blind adults. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 90*, 210–218.

Schroeder, F. K. (2002). Research and future opportunities for the blind. *Braille Monitor, 45*, 581–586.

Spungin, S. J. (2003). Cannibalism is alive and well in the blindness field. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 69–71.

The Sendero Group. (2000–2003). Sendero Group Shopping Cart: GPS Software v2. Retrieved from March 12, 2004 from the World Wide Web: www.senderogroup.com/shopgps.htm.

The Sendero Group. (2000–2004). Mike's latest perceptions. Retrieved from March 12, 2004 from the World Wide Web: www.senderogroup.com/mikejournal.htm#Q1%202003.

Ulrey, P. (1994). When you meet a guide dog. *RE:view, 26*, 143–144.

Warren, D. H. (1994). *Blindness and children: An individual differences approach*. New York: Cambridge University Press.

Webster, A., & Roe, J. (1998). *Children with visual impairments: Social interaction, language, and learning*. London: Routledge.

Weihenmayer, E. (2001). *Touch the top of the world: A blind man's journey to climb farther than the eye can see*. E. P. Dutton.

Wolffe, K. E., Sacks, S. Z., Corn, A. L., Erin, J. N., Huebner, K. M., & Lewis, S. (2002). Teachers of students with visual impairments: What are they teaching? *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 293–303.

Wunder, G. (1993, March). Mobility: Whose responsibility is it? *Braille Monitor*, 567–572.

CHAPTER 12

Adreon, D., & Stella, J. (2001). Transition to middle and high school: Increasing the success of students with Asperger syndrome. *Intervention in School and Clinic, 36*, 266–271.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Asperger, H. (1944). Die autistischen psychopathen im kindersalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117*, 76–136. Translated by U. Frith in U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome* (pp. 37–92). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991.

Barnhill, G. P. (2001). What is Asperger syndrome? *Intervention in School and Clinic, 36*, 259–265.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition, 21*, 37–46.

Beale, A. J. (1998). Correspondence. *The Lancet, 351*, 906.

Bedford, H., Booy, R., Dunn, D., DiGuiseppi, C., Gibb, D., Gilbert, R., Logan, S., Peckham, C., Roberts, I., & Tookey, P. (1998). Correspondence. *The Lancet, 351*, 907.

Bell, R. Q., & Harper, L. V. (1977). *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress*. New York: Free Press.

Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Translated by A. A. Brill (1951). *Textbook of psychiatry*. New York: Dover.

Bock, M. A. (2002, April 30). *The impact of social behavioral learning strategy training on the social interaction skills of eight students with Asperger syndrome* Paper presented at YAI National Institute for People with Disabilities 23rd International Conference on MR/DD, New York.

Bondy, A., & Frost, L. (1994). The Delaware Autistic Program. In S. Harris & J. Handleman (Eds.), *Preschool education for children with autism* (pp. 37–54). Austin, TX: Pro-Ed.

Bondy, A., & Frost, L. (2001). The picture exchange communication system. *Behavior Modification, 25*, 725–744.

Charlop-Christy, M., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L., & Kellet, K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 35*, 213–231.

Charlop-Christy, M. H., Schreibman, L., Pierce, K., & Kurtz, P. F. (1998). Childhood autism. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (3rd ed., pp. 271–389). Boston: Allyn & Bacon.

Chen, R. T., & DeStefano, F. (1998). Vaccine adverse events: Causal or coincidental? *The Lancet, 351*, 611–612.

Courchesne, E., Carper, R., & Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *Journal of the American Medical Association, 290*, 337–344.

Courchesne, E., Karns, C. M., Davis, H. R., Ziccardi, R., Carper, R. A., Tigue, B. S., Chisum, H. J., Moses, P., Pierce, K., Lord, C., Lincoln, A. J., Pizzo, S., Schreibman, L., Haas, R. H., Akshoomoff, N. A., & Courchesne, R. Y. (2001). Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder. *Neurology, 57*, 245–254.

Eisenberg, L., & Kanner, K. (1956). Early infantile autism, 1943–1955. *American Journal of Orthopsychiatry, 26*, 556–566.

Fombonne, E. (1999). *Epidemiological findings on autism and related disorders*. Paper presented at the First Workshop of the Committee on Educational Interventions for Children with Autism, National Research Council, December 13–14, 1999.

Fombonne, E., Roge, B., Claverie, J., Courty, S., Fremoile, J. (1999). Microcephaly and macrocephaly in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 113–119.

Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Frost, L., & Bondy, A. (2002). *Picture Exchange Communication System training manual* (2nd ed.). Newark, DE: Pyramid Education Products.

Gerhardt, P. F. (2003). Transition support for learners with Asperger syndrome: Toward a successful adulthood. In R. W. Du Charme & T. P. Gullotta (Eds.). *Asperger syndrome: A guide for professionals and families* (pp. 157–171). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.

Glaeser, B. C., Pierson, M. R., & Fritschmann, N. (2003). Comic Strip Conversations: A positive behavioral support strategy. *Teaching Exceptional Children, 36(2)*, 14–19.

Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures*. New York: Doubleday.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities: Foundations, char-*

Corn, A. L., Wall, R. S., Jose, R. T., Bell, J. K., Wilcox, K., & Perez, A. (2002). An initial study of reading and comprehension rates for students who received optical devices. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 322–333.

D'Allura, T. (2002). Enhancing the social interaction skills of preschoolers with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 576–584.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based Standards. Retrieved June 5, 2001 from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html

Cox, P. R., & Dykes, M. K. (2001). Effective classroom adaptations for students with visual impairments. *Teaching Exceptional Children* 33(6), 68–74.

Dobelle, W. H. (2000). Artificial vision for the blind by connecting a television camera to the visual cortex of the brain. *Journal of the American Society of Artificial Internal Organs, 46*, 3–9.

Ferrell, K. A., & Muir, D. W. (1996). A call to end vision stimulation training. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 90*, 364–366.

Fichten, C. S., Judd, D., Tagalakis, V., Amsel, R., & Robillard, K. (1991). Communication cues used by people with and without visual impairments in daily conversations and dating. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 85*, 371–378.

Gabias, P. (1992, July). Unique features of guide dogs: Backtracking and homing. *Braille Monitor*, 392–399.

Galati, D., Sini, B., Schmidt, S., & Tinti, C. (2003). Spontaneous facial expressions in congenitally blind and sighted children aged 8–11. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 418–428.

Gillon, G. T., & Young, A. A. (2002). The phonological-awareness skills of children who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 38–49.

Glaucoma Research Foundation. (2003, July 14). What is glaucoma? Retrieved March 6, 2004 from the World Wide Web: www.glaucoma.org/learn/.

Grice, N. (2002). *Touch the universe: A NASA Braille book of astronomy*. Washington, DC: National Academies Press. Joseph Henry Press.

Groopman, J. (2003, September 29). Annals of Medicine: The bionic eye: Can scientists use electronic implants to help the blind see? *The New Yorker*, pp. 50–54, 67–68.

Harder, A., & Michel, R. (2002). The target-route map: Evaluating its usability for visually impaired persons. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 711–723.

Hill, A. (1997, April). Teaching can travel blind? *Braille Monitor*, 222–225.

Hill, J., & Black, J. (2003). The Miniguide: A new electronic travel device. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 655–656.

Houtenville, A. J. (2003). A comparison of the economic status of working-age persons with visual impairments and those of other groups. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 133–148.

Hull, J. M. (1997). *On sight and insight: A journey into the world of blindness*. Oxford, England: Oneworld Publications.

International Council on English Braille. (2004, February 14). A single Braille code for all English-speaking peoples of the world. Retrieved October 28, 2004 from the World Wide Web: www.iceb.org/ubc.html.

Jernigan, K. (1992, June). Equality, disability, and empowerment. *Braille Monitor*, 292–298.

Jernigan, K. (1994). *If blindness comes*. Baltimore, MD: National Federation of the Blind.

Kleege, G. (1999). *Sight unseen*. New Haven, CT: Yale University Press.

Knott, N. I. (2002). *Teaching orientation and mobility in the schools: An instructor's companion*. New York: American Foundation for the Blind Press.

Koenig, A. J., & Holbrook, M. C. (2000). Ensuring high-quality instruction for students in braille literacy programs. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 94*, 677–694.

Kuusisto, S. (1998). *The planet of the blind: A memoir*. New York: Dial Press.

Lansaw, J. (2000, December). Citizenship and the irony at the top of the world. *Braille Monitor*, 963–965.

Leonard, R. (2002). Predictors of job-seeking behavior among persons with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 635–644.

Lewis, S., & Iselin, S. A. (2002). A comparison of the independent living skills of primary students with visual impairments and their sighted peers: A pilot study. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 335–344.

Lewis, V., & Klauber, J. (2002). [Image] [Image] [Image] [Link] [Link] [Link]: Inaccessible Web design from the perspective of a blind librarian. *Library Hi Tech, 20*, 137–140.

Lussenhop, K., & Corn, A. L. (2003). Comparative studies of the reading performance of students with low vision. *RE:view, 34*, 57–69.

Mangold, S. S. (2000, October). Trends in the use of braille contractions in the United States: Implications for UBC decisions. *Braille Monitor*, 813–819.

Maurer, M. (2000, April). Blindness, quotas, and the disadvantages of civil rights. *Braille Monitor*, 287–296.

Maurer, M. (2003). The Federation is attacked for seeking to enhance mobility and safety. *Braille Monitor, 46*, 1–5.

McHugh, E., & Lieberman, L. (2003). The impact of developmental factors on stereotypic rocking of children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 453–473.

Millar, D. (1996). A consumer's perspective. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 90*, 9.

Miller, C. (1999). On the LOOK OUT for functional vision assessment/evaluation. *SEE/HEAR, 4, No. 1*. Retrieved February 20, 2004 from the World Wide Web: www.tsbvi.edu/Outreach/seehear/winter99/fva.htm.

National Federation of the Blind. (2003, July 24,). Blind literacy legislation adopted by states. Retrieved March 14, 2004 from the World Wide Web: www.nfb.org/brailstates.htm.

Ochaita, E., & Huertas, J. A. (1993). Spatial representation by persons who are blind: A study of the effects of learning and development. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 87*, 37–41.

Perez-Pereira, M. & Conti-Ramsden, G. (1999). *Language development and social interaction in blind children*. East Sussex, England: Psychology Press, Ltd.

Prevent Blindness America. (1998–2003). Retrieved February 22, 2004 from the World Wide Web: www.preventblindness.org/children/trouble_signs.html.

Rapp, D. W., & Rapp, A. J. (1992). A survey of the current status of visually impaired students in secondary mathematics. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 86*, 115–117.

Gilbert (Eds.), *Children's language* (Vol. 9, pp. 235–251). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Quigley, S., Jenne, W., & Phillips, S. (1968). *Deaf students in colleges and universities*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.

Reagan, T. (1990). Cultural considerations in the education of deaf children. In D. F. Moores & K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 73–84). Washington, DC: Gallaudet University Press.

Sacks, O. (1989). *Seeing voices: A journey into the world of the deaf*. Berkeley: University of California Press.

Schery, T. K., & Peters, M. L. (2003). Developing auditory learning in children with cochlear implants. *Topics in Language Disorders, 23*, 4–15.

Schirmer, B. R. (2001). *Psychological, social, and educational dimensions of deafness*. Boston: Allyn & Bacon.

Schroedel, J. G., & Geyer, P. D. (2000). Long-term career attainments of deaf and hard of hearing college graduates: Results from a 15-year follow-up survey. *American Annals of the Deaf, 145*, 303–314.

Seal, B. C. (2004). *Best practices in educational interpreting* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Senghas, A. (2003). Intergenerational influence and ontogenetic development in the emergence of spatial grammar in Nicaraguan Sign Language. *Cognitive Development, 18*, 511–531.

Sheridan, M. (2001). *Inner lives of deaf children: Interviews and analysis*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Siegel, L. (2000). The educational and communication needs of deaf and hard of hearing children: A statement of principle on fundamental educational change. *American Annals of the Deaf, 145*, 64–77.

Siple, L. (1993). Working with the sign language interpreter in your classroom. *College Teaching, 41*, 139–142.

Spencer, P. (2002). Language development of children with cochlear implants. In J. Christiansen & I. Leigh (Eds.), *Cochlear implants in children: Ethics and choices*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Stinson, M. S., & Whitmire, K. (1992). Students' views of their social relationships. In T. N. Kluwin, D. F. Moores, & M. G. Gaustad (Eds.), *Toward effective public school programs for deaf students: Context, process, and outcomes* (pp. 149–174). New York: Teachers College Press.

Stokoe, W. C. (1960). *Sign language structure*. Silver Spring, MD: Linstok Press.

Stokoe, W. C., Casterline, D. C., & Croneberg, C. G. (1976). *A dictionary of American Sign Language on linguistic principles* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Linstok Press.

Traxler, C. B. (2000). The Stanford Achievement Test, 9th Edition: National norming and performance standards for deaf and hard-of-hearing students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 5*, 337–348.

U.S. Department of Education. (2003). *Twenty-fourth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

Walker, L. A. (1986). *A loss for words: The story of deafness in a family*. New York: Harper & Row.

Wilbur, R. (2000). The use of ASL to support the development of English and literacy. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 5*, 81–104.

CHAPTER 11

American Foundation for the Blind (2002, November 8). Web developers—Tips & tricks to improve accessibility. Retrieved February 15, 2004 from the World Wide Web: www.afb.org/info_document_view.asp?documentid=1453.

Bailey, J. (2003). Surmounting the Braille reading speed plateau. *Braille Monitor, 46*, 323–325.

Barlow-Brown, F., & Connelly, V. (2002). The role of letter knowledge and phonological awareness in young Braille readers. *Journal of Research in Reading, 25*, 259–270.

Barraga, N. C., & Collins, M. E. (1979). Development of efficiency in visual functioning: Rationale for a comprehensive program. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 73*, 121–126.

Barraga, N. C., & Erin, J. N. (2001). *Visual impairments and learning*. (4th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Berk, L. E. (2005). *Infants and children: Infants through middle childhood* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Blind Babies Foundation. (2002a, September 25). Cortical visual impairment. Retrieved March 6, 2004 from the World Wide Web: www.blindbabies.org/factsheet_cvi.htm.

Blind Babies Foundation. (2002b, September 25). Retinopathy of prematurity. Retrieved March 6, 2004 from the World Wide Web: www.blindbabies.org/factsheet_rop.htm.

Bongers, R. M., Schellingerhout, R., van Grinsven, R., & Smitsman, A. W. (2002). Variables of the touch technique that influence the safety of cane walkers. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 516–531.

Celeste, M. (2002). A survey of motor development for infants and young children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 169–174.

Chandler, D. L. (2003). People file: To touch the heavens. *Smithsonian, 34*(5), 103–106.

Chen, D. (1996). Parent-infant communication: Early intervention for very young children with visual impairment or hearing loss. *Infants and Young Children, 9*(2), 1–12.

Chen, D. (2001). *Visual impairment in young children: A review of the literature with implications for working with families of diverse cultural and linguistic backgrounds* (CLAS Tech. Rep. No. 7). Champaign, IL: University of Illinois at Urbana-Champaign, Early Childhood Research Institute on Culturally and Linguistically Appropriate Services.

Chen, D., & Dote-Kwan, J. (1999). The preschool years. In K. E. Wolffe (Ed.). *Skills for success: A career education handbook for children and adolescents with visual impairments* (pp. 44–158). New York: AFB Press.

Chong, C. (2000, Fall). Technology, Braille, the Nemeth Code, and jobs. *Future Reflections*, 19(4). Retrieved June 29, 2001 from the World Wide Web: http://www.nfb.org/FR/FR4/FRFA0010.htm

Chong, C. (2004). Appropriate use of the electronic notetaker in school. *Braille Monitor, 47*, 29–31.

Collins, M. E., & Barraga, N. C. (1980). Development of efficiency in visual functioning: An evaluation process. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 74*, 93–96.

Corn, A. L., & Koenig, A. J. (1996). Perspectives on low vision. In A. L. Corn & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (pp. 3–25). New York: AFB Press.

Corn, A. L., & Koenig, A. J. (2002). Literacy for students with low vision: A framework for delivering instruction. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 305–321.

Easterbrooks, S. (1999). Improving practices for students with hearing impairments. *Exceptional Child, 65*, 537–554.

Elliot, L., Stinson, M., McKee, B., Everhart, V., & Francis. P. (2001). College students' perceptions of the C-Print Speech-to-Text transcription system. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 6*, 285–298.

Emmorey, K. (2002). *Language, cognition, and the brain: Insights from sign language research*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Feldman, H. M., Dollaghan, C. A., Campbell, T. F., Colborn. D. K., Janosky, J., Kurs-Lasky, M., Rockette, H. E., Dale, P. S., & Paradise, J. L. (2003). Parent-reported language skills in relation to otitis media during the first 3 years of life. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*, 273–287.

Gallaudet Research Institute. (2003, January). *Regional and National Summary Report of Data from 2001–2002 Annual Survey of Deaf and Hard of Hearing Children & Youth*. Washington, DC: GRI, Gallaudet University.

Garrick-Duhaney, L. M., & Duhaney, D. C. (2000). Assistive technology: Meeting the needs of learners with disabilities. *Journal of Instructional Media, 27*, 393–401.

Gaustad, M. G., & Kluwin, T. N. (1992). Patterns of communication among deaf and hearing adolescents. In T. N. Kluwin, D. F. Moores, & M. G. Gaustad (Eds.), *Toward effective public school programs for deaf students: Context, process, and outcomes* (pp. 107–128). New York: Teachers College Press.

Goldin-Meadow, S. (2003). *The resilience of language: What gesture creation in deaf children can tell us about how all children learn language*. New York: Psychology Press.

Goodwyn, S. W., Acredolo, L. P., & Brown, C. A. (2000). Impact of symbolic gesturing on early language development. *Journal of Nonverbal Behavior, 24*, 81–103.

Fielmuth, L. (2001). From the mouths (and hands) of babes. *Science, 293*, 1758–1759.

Janesick, V. J., & Moores, D. F. (1992). Ethnic and cultural considerations. In T. N. Kluwin, D. F. Moores, & M. G. Gaustad (Eds.), *Toward effective public school programs for deaf students: Context, process, and outcomes* (pp. 49–65). New York: Teachers College Press.

Kaplan, H., Mahshie, J., Mosely, M., Singer, B., & Winston. E. (1993). *Research synthesis on design of effective media, materials, and technology for deaf and hard-of-hearing students* (Tech. Report No. 2). Eugene, OR: National Center to Improve the Tools of Education. (ERIC Document Reproduction Service No. 386 851).

Kluwin, T. N., Stinson, M. S., & Colarossi, G. M. (2002). Social processes and outcomes of in-school contact between deaf and hearing peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*, 200–213.

Ladd, P. (2003). *Understanding Deaf culture: In search of Deafhood*. Clevedon, England: Multilingual Matters.

Lane, H. (1984). *When the mind hears: A history of the deaf*. New York: Random House.

Lane, H. (1992). *The mask of benevolence: Disabling the Deaf community*. New York: Knopf.

Lane, H. (2002). Do deaf people have a disability? *Sign Language Studies, 2*, 356–379.

Lane, H., Hoffmeister, R., & Bahan, B. (1996). *A journey into the Deaf world*. San Diego, CA: Dawn Sign Press.

Lederberg, A. R., & Golbach, T. (2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*, 330–345.

Listening Center at Johns Hopkins. (2004, May 12). Cochlear Implant Candidacy. Retrieved May 20, 2004 from the World Wide Web: www.thelisteningcenter.com/cand1.html.

Lucker, J., Bowen, S., & Carter, K. (2001). Visual teaching strategies for students who are deaf or hard of hearing. *Teaching Exceptional Children*, 33(3), 38–44.

Marschark, M.(2002). *Language development in children who are deaf: A research synthesis*. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education (NASDE).

Meadow-Orlans, K. P. (1987). An analysis of the effectiveness of early intervention programs for hearing-impaired children. In M. J. Guralnick & F. C. Bennett (Eds.), *The effectiveness of early intervention for at-risk and handicapped children* (pp. 325–362). New York: Academic Press.

Meadow-Orlans, K. P. (1990). Research on developmental aspects of deafness. In D. F. Moores & K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 283–298). Washington, DC: Gallaudet University Press.

Meadow-Orlans, K. P., Mertens, D. M., & Sass-Lehrer, M. A. (2003). *Parents and their deaf children: The early years*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Menchel, R. S. (1988). Personal experience with speechreading. *Volta Review, 90*(5), 3–15.

Mitchell, R. E., & Karchmer, M. A. (2004). Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. *Sign Language Studies, 4*, 138–163.

Moores, D. F. (2002). The law of unexpected consequences. *American Annals of the Deaf, 147*, 84–87.

Mundy, L. (2002, March 31). A world of their own. *Washington Post Magazine*, pp. 22–31.

National Association of the Deaf. (2001, March 26). Newsroom: Captions on TV Not Decreasing. Retrieved May 26, 2004 from the World Wide Web: www.nad.org/infocenter/newsroom/nadnews/NADstatementCaptioning.html.

National Center for Accessible Media. (2004, May 21). Access to Movie Theaters for Patrons who are Deaf, Hard of Hearing, Blind or Visually Impaired. Retrieved May 27, 2004 from the World Wide Web: ncam.wgbh.org/mopix/nowshowing.html.

National Center for Biotechnology Information. (2000, May 1). *Genes and disease: Deafness*. Retrieved May 16, 2004 from the World Wide Web: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View. ShowSection&rid=gnd.section.123.

Padden, C. A. (1996). Early bilingual lives of Deaf children. In I. Parasnis (Ed.), *Cultural and language diversity and the Deaf experience*. (pp. 99–116). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Padden, C., & Humphries, T. (1988). *Deaf in America: Voices from a culture*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Pisha, B., & Coyne, P. (2001). Smart from the start: The promise of Universal Design for Learning. *Remedial and Special Education, 22*, 197–203.

Powers, S. (2003). Influences of student and family factors on academic outcomes of mainstream secondary school deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 8*, 57–78.

Prinz, P. M., Strong, M., Kuntze, M., Vincent, M., Friedman, J., Moyers, P., & Helman, E. (1996). A path to literacy through ASL and English for Deaf children. In C. E. Johnson & J. H. V.

Nelson, N. W. (1998). *Childhood language disorders in context: Infancy through adolescence* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Oetting, J. B., & McDonald, J. L. (2001). Nonmainstream dialect use and specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 44*, 207–223.

Owens, R. E., Jr. (2004). *Language disorders: A functional approach to assessment and intervention* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Owens, R. E., Jr., Metz, D. E., & Haas, A. (2000). *Introduction to communication disorders: a life span perspective*. Boston: Allyn & Bacon.

Plante, E., & Beeson, P. M. (1999). *Communication and communication disorders: A clinical introduction*. Boston: Allyn & Bacon.

Prizant, B. M. (1999). Early intervention: Young children with communication and emotional/behavioral problems. In D. Rogers-Adkinson & P. Griffith (Eds.), *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 295–342). San Diego: Singular.

Raspberry, W. (2001, August 21). Bi-English education: Low-income children might benefit from early immersion in standards. *Charlottesville Daily Progress*, p. A6.

Robinson, R. L., & Crowe, T. A. (2001). Fluency and voice. In D. M. Ruscello (Ed.), *Tests and measurements in speech-language pathology* (pp. 163–183). Boston: Butterworth-Heinemann.

Rogers-Adkinson, D., & Griffith, P. (Eds.). (1999). *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders*. San Diego: Singular.

Ruscello, D. M. (2001). Use of tests and measurements in speech-language pathology: An introduction to diagnosis. In D. M. Ruscello (Ed.), *Tests and measurements in speech-language pathology* (pp. 1–29). Boston: Butterworth-Heinemann.

Snow, C., Burns, M., & Griffin, P. (1998). *Preventing reading difficulties in young children*. Washington, DC: National Academy Press.

Soto, G., Huer, M. B., & Taylor, O. (1997). Multicultural issues. In L. L. Lloyd, D. R. Fuller, & H. H. Arvidson (Eds.), *Augmentative and alternative communication: A handbook of principles and practices* (pp. 406–413). Boston: Allyn & Bacon.

Sowell, T. (1997). *Late-talking children*. New York: Basic Books.

Stothard, S., Snowling, M., Bishop, D., Chipchase, B., & Kaplan, C. (1998). Language impaired preschoolers: A follow-up into adolescence. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 41*, 407–418.

Throneburg, R. N., Calvert, L. K., Sturm, J. J., Paramboukas, A. A., & Paul, P. J. (2000). A comparison of service delivery models: Effects on curricular vocabulary skills in the school setting. *American Journal of Speech-Language Pathology, 9*, 10–20.

Vihman, M. M. (2004). Early phonological development. In J. E. Bernthal & N. W. Bankson (Eds.), *Articulation and phonological disorders* (5th ed., pp. 376–411). Boston: Allyn & Bacon.

Walker, D., Greenwood, C., Hart, B., & Carta, J. (1994). Prediction of school outcomes based on early language production and socioeconomic factors. *Child Development, 65*, 606–621.

Warren, S. F., & Abbaduto, L. (1992). The relation of communication and language development to mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 125–130.

Williams, A. L. (2001). Phonological assessment of child speech. In D. M. Ruscello (Ed.), *Tests and measurements in speech-language pathology* (pp. 31–76). Boston: Butterworth-Heinemann.

Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 42*, 1097–1112.

Yoder, P. J., & Warren, S. F. (2001). Relative treatment effects of two prelinguistic communication interventions on language development of toddlers with developmental delays vary by maternal characteristics. *Journal of Speech and Hearing Research, 44*, 224–237.

CHAPTER 10

Acredolo, L., & Goodwyn, S. (2002). *Baby signs: How to talk with your baby before your baby can talk*. Chicago, IL: Contemporary Books.

Aldersley, S. (2002). Least restrictive environment and the courts. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*, 189–199.

Andrews, J. F., Leigh, I. W., & Weiner, M. T. (2004). *Deaf people: Evolving perspectives from psychology, education, and sociology*. Boston: Allyn & Bacon.

Andrews, J. F., & Zmijewski, G. (1997). How parents support home literacy with deaf children. *Early Child Development and Care, 127*, 131–139.

Andrews, J. F., Ferguson, C., Roberts, S., & Hodges, P. (1997). What's up, Billy Jo? Deaf children and bilingual-bicultural instruction in East-Central Texas. *American Annals of the Deaf, 142*, 16–25.

Arnos, K. S. (2002). Genetics and deafness: Impacts on the Deaf community. *Sign Language Studies, 2*, 150–168.

Bell, A. G. (1883). *Memoir upon the formation of a deaf variety of the human race*. New Haven, CT: The National Academy of Sciences.

Blamey, P. J., Sarant, J. Z., Paatsch, L. E., Barry, J. G., Bow, C. P., Wales, R. J., Wright, M., Psarros, C., Rattigan, K., & Tooer, R. (2001). Relationships among speech perception, production, language, hearing loss, and age in children with impaired hearing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44*, 264–285.

Bornstein, M. H., Selmi, A. M., Haynes, O. M., Painter, K. M., & Marx, E. S. (1999). Representational abilities and the hearing status of child/mother dyads. *Child Development, 70*, 833–852.

Brill, R. G., MacNeil, B., & Newman, L. R. (1986). Framework for appropriate programs for deaf children. *American Annals of the Deaf, 131*, 65–77.

Buchino, M. A. (1993). Perceptions of the oldest hearing child of deaf parents. *American Annals of the Deaf, 138*, 40–45.

Cambra, C. (1996). A comparative study of personality descriptors attributed to the deaf, the blind, and individuals with no sensory disability. *American Annals of the Deaf, 141*, 24–28.

Campbell, K. C. M., & Derrick, G. (2001). Otoacoustic emissions. *eMedicine Journal, 2*(7).

Chambers, A. C. (1997). *Has technology been considered? A guide for IEP teams*. Reston, VA: Technology and Media Division/Council of Administrators of Special Education, Council for Exceptional Children.

Charlson, E., Strong, M., & Gold, R. (1992). How successful deaf teenagers experience and cope with isolation. *American Annals of the Deaf, 137*, 261–270.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based standards. Retrieved June 5, 2001 from the World Wide Web: www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html

CHAPTER 9

American Speech-Language-Hearing Association. (1991, March). Guidelines for speech-language pathologists serving persons with language, socio-communicative, and/or cognitive-communicative impairments. *ASHA, 33*, 21–25.

American Speech-Language-Hearing Association. (2001). Retrieved September 2001 from http://www.asha.org.

Audet, L. R., & Tankersley, M. (1999). Implications of communication and behavioral disorders for classroom management: Collaborative intervention techniques. In D. Rogers-Adkinson & P. Griffith (Eds.), *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 403–440). San Diego: Singular.

Bauman-Waengler, J. (2000). *Articulatory and phonological impairments: A clinical focus*. Boston: Allyn & Bacon.

Bernthal, J. E., & Bankson, N. W. (1998). *Articulation and phonological disorders* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bernthal, J. E., & Bankson, N. W. (2004). *Articulation and phonological disorders* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Butler, K. G. (Ed.). (1999a). Children's language, behavior, and emotional problems [Special issue]. *Topics in Language Disorders, 19*(2).

Butler, K. G. (Ed.). (1999b). Many voices, many tongues: Accents, dialects, and variations [Special issue]. *Topics in Language Disorders, 19*(4).

Calandrella, A. M., & Wilcox, M. J. (2000). Predicting language outcomes for young prelinguistic children with developmental delay. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 43*, 1061–1071.

Campbell, S. L., Reich, A. R., Klockars, A. J., & McHenry, M. A. (1999). Factors associated with dysphonia in high school cheerleaders. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 53*, 175–185.

Cannito, M. P., Yorkston, K. M., & Beukelman, D. R. (Eds.). (1998). *Neuromotor speech disorders: Nature, assessment, and management*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Catts, H. W., Fey, M. E., Zhang, X., & Tomblin, J. (2001). Estimating the risk of future reading difficulties in kindergarten children: A research-based model and its clinical implications. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 32*, 38–50.

Conture, E. G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.

Curlee, R. F., & Siegel, G. M. (Eds.). (1997). *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Curlee, R. F., & Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*, 8–18.

Donahue, M. L., Hartas, D., & Cole, D. (1999). Research on interactions among oral language and emotional/behavioral disorders. In D. Rogers-Adkinson & P. Griffith (Eds.), *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 69–97). San Diego: Singular.

Erhen, B. J. (2000). Maintaining a therapeutic focus and sharing responsibility for student success: Keys to in-classroom speech-language services. *Language, Speech, and Hearing in Schools, 31*, 219–229.

Fey, M. E., Catts, H. W., & Larrivee, L. S. (1995). Preparing preschoolers for academic and social challenges of school. In M. E. Fey, J. Windsor, & S. F. Warren (Eds.), *Language intervention: Preschool through the elementary years* (pp. 3–37). Baltimore: Paul H. Brookes.

Foundas, A. L. (2001). The anatomical basis of language. *Topics in Language Disorders, 21*(3), 1–19.

Gillam, R. B., & Hoffman, L. M. (2001). Language assessment during childhood. In D. M. Ruscello (Ed.), *Tests and measurements in speech-language pathology* (pp. 77–117). Boston: Butterworth-Heinemann.

Goldstein, B., & Iglesias, A. (2004). Language and dialectical variations. In J. E. Bernthal & N. W. Bankson (Eds.), *Articulation and phonological disorders* (5th ed., pp. 348–375). Boston: Allyn & Bacon.

Graham, S., Harris, K. R., MacArthur, C., & Schwartz, S. (1998). Writing instruction. In B. Y. L. Wong (Ed.), *Learning about learning disabilities* (2nd ed., pp. 391–424). San Diego: Academic Press.

Guitar, B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Hadley, P. A., Simmerman, A., Long, M., & Luna, M. (2000). Facilitating language development for inner-city children: Experimental evaluation of a collaborative, classroom-based intervention. *Language, Speech, and Hearing in Schools, 31*, 280–295.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hammer, C. S., & Weiss, A. L. (2000). African American mothers' views of their infants' language development and language-learning environment. *American Journal of Speech-Language Pathology, 9*, 126–140.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Haynes, W. O., & Pindzola, R. H. (1998). *Diagnosis and evaluation in speech pathology* (5th ed.)., Boston: Allyn & Bacon.

Hodson, B. W., & Edwards, M. L. (1997). *Perspectives in applied phonology*. Gaithersburg, MD: Aspen.

Justice, L. M. (2006). *Communication sciences and disorders: An introduction*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Justice, L. M., & Schuele, C. M. (2004). Phonological awareness: Description, assessment, and intervention. In J. E. Bernthal & N. W. Bankson (Eds.), *Articulation and phonological disorders* (5th ed., pp. 376–411). Boston: Allyn & Bacon.

Kaiser, A. P., Hemmeter, M. L., Ostrosky, M. M., Alpert, C. L., & Hancock, T. B. (1995). The effects of training and individual feedback on parent use of milieu teaching. *Journal of Childhood Communication Disorders, 16*, 39–48.

Kent, R. (2004). Normal aspects of articulation. In J. E. Bernthal & N. W. Bankson (Eds.), *Articulation and phonological disorders* (5th ed., pp. 1–62). Boston: Allyn & Bacon.

Klein, H. B., & Moses, N. (1999). *Intervention planning for adults with communication problems: A guide for clinical practicum and professional practice*. Boston: Allyn & Bacon.

Leonard, L. (2000). *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: MIT Press.

McGregor, K. K. (2000). The development and enhancement of narrative skills in a preschool classroom: Towards a solution to clinician-client mismatch. *American Journal of Speech-Language Pathology, 9*, 55–71.

Advanced abnormal child psychology (pp. 37–48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rogers-Adkinson, D., & Griffith, P. (Eds.). (1999). *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders*. San Diego: Singular.

Rutter, M., & Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disabilities, 17*, 159–186.

Sasso, G. M., Conroy, M. A., Stichter, J. P., & Fox. J. J. (2001). Slowing down the bandwagon: The misapplication of functional assessment for students with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 26*, 282–296.

Serna, L. A., Lambros, K., Nielsen, E., & Forness, S. R. (2000). Head Start children at-risk for emotional or behavioral disorders: Behavioral profiles and clinical implications of a primary prevention program. *Behavioral Disorders, 26*, 70–84.

Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 36–43.

Sheras, P. L. (2001). Depression and suicide in adolescence. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (3rd ed.) (pp. 657–673). New York: Wiley.

Sprague, J., & Walker, H. (2000). Early identification and intervention for youth with antisocial and violent behavior. *Exceptional Children, 66*, 367–379.

Stein, M., & Davis, C. A. (2000). Direct instruction as a positive behavioral support. *Beyond Behavior, 10*(1), 7–12.

Strain, P. S., McConnell, S. R., Carta, J. J., Fowler, S. A., Neisworth, J. T., & Wolery, M. (1992). Behaviorism in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 12*(1). 121–141.

Strain, P. S., & Timm, M. A. (2001). Remediation and prevention of aggression: An evaluation of the Regional Intervention Program over a quarter century. *Behavioral Disorders, 26*, 297–313.

Sugai, G., & Horner, R. H. (Ed.). (1999–2000). Special issue: Functional behavioral assessment. *Exceptionality, 8*(3).

Sutherland, K. S., & Wehby, J. H. (2001). Exploring the relationship between increased opportunities to respond to academic requests and the academic and behavioral outcomes of students with EBD. *Remedial and Special Education, 22*, 113–121.

Talbott, E., & Callahan, K. (1997). Antisocial girls and the development of disruptive behavior disorders. In J. W. Lloyd, E. J. Kame'enui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 305–322). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Tankersley, M., & Landrum, T. J. (1997). Comorbidity of emotional and behavioral disorders. In J. W. Lloyd, E. J. Kame'enui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 153–173). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Thomas, J. M., & Guskin, K. A. (2001). Disruptive behavior in young children: What does it mean? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 44–51.

Timm, M. A. (1993). The Regional Intervention Program: Family treatment by family members. *Behavioral Disorders, 19*, 34–43.

Tolbin, T., & Sprague, J. (1999). Alternative education programs for at-risk youth: Issues, best practice, and recommendations. *Bulletin of the Oregon School Study Council, 42*(4).

U.S. Department of Education. (2000). *Twenty-second annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. Washington, DC: Author.

Walker, H. M. (1995). *The acting-out child: Coping with classroom disruption*. Longmont, CO: Sopris West.

Walker, H. M., & Bullis, M. (1991). Behavior disorders and the social context of regular class integration: A conceptual dilemma? In J. W. Lloyd, N. N. Singh, & A. C. Repp (Eds.), *The regular education initiative: Alternative perspectives on concepts, issues, and models*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing.

Walker, H. M., Forness, S. R., Kauffman, J. M., Epstein, M. H., Gresham, F. M., Nelson, C. M., & Strain, P. S. (1998). Macrosocial validation: Referencing outcomes in behavioral disorders to societal issues and problems. *Behavioral Disorders, 24*, 7–18.

Walker, H. M., Kavanagh, K., Stiller, B., Golly, A., Severson, H., & Feil, E. G. (1998). First Step to Success: An early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6*, 66–80.

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2003–2004a). Heading off disruption: How early intervention can reduce defiant behavior—and win back teaching time. *American Educator, 27*(4), 6–21.

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2003–2004b). How disruptive students escalate hostility and disorder—and how teachers can avoid it. *American Educator, 27*(4), 22–27, 47.

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Strategies and best practices* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Walker, H. M., & Severson, H. H. (1990). *Systematic screening for behavior disorders (SSBD): A multiple gating procedure*. Longmont, CO: Sopris West.

Walker, H. M., Severson, H. H., & Feil, E. G. (1994). *The early screening project: A proven child-find process*. Longmont, CO: Sopris West.

Walker, H. M., & Stieber, S. (1998). Teacher ratings of social skills as longitudinal predictors of long-term arrest status in a sample of at-risk males. *Behavioral Disorders, 23*, 222–230.

Wehby, J. H., Dodge, K. A., & Valente, E. (1993). School behavior of first grade children identified as at-risk for development of conduct problems. *Behavioral Disorders, 19*, 67–78.

White, R. B., & Koorland, M. A. (1996). Curses! What do we do about cursing? *Teaching Exceptional Children, 28*, 48–51.

Wolf, M. M., Braukmann, C. J., & Ramp, K. A. (1987). Serious delinquent behavior as part of a significantly handicapping condition. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*, 347–359.

Wood, F. H. (Ed.). (1990). When we talk with children: The life space interview [Special section]. *Behavioral Disorders, 15*, 110–126.

Yell, M. L., Bradley, R., Katsiyannis, A., & Rozalski, M. E. (2000). Ensuring compliance with the discipline provisions of IDEA '97. *Journal of Special Education Leadership, 13*(1), 3–18.

Yell, M. L., Rozalski, M. E., & Drasgow, E. (2001). Disciplining students with disabilities. *Focus on Exceptional Children, 33*(9), 1–20.

Zanglis, I., Furlong, M. J., & Casas, J. M. (2000). Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of youths with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 25*, 359–371.

Handbook of research in emotional and behavioral disorders (pp. 15–31). New York: Guilford.

Kauffman, J. M., & Hallenbeck, B. A. (Eds.). (1996). Why we need to preserve specialized placements for students with emotional or behavioral disorders [Special issue]. *Canadian Journal of Special Education, 11*(1).

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A brief history of their education*. Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., Lloyd, J. W., Baker, J., & Riedel, T. M. (1995). Inclusion of all students with emotional or behavioral disorders? Let's think again. *Phi Delta Kappan, 76*, 542–546.

Kauffman, J. M., Lloyd, J. W., Hallahan, D. P., & Astuto, T. A. (Eds.). (1995). *Issues in educational placement: Students with emotional and behavioral disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.) Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Pullen, P. L. (1996). Eight myths about special education. *Focus on Exceptional Children, 28*(5), 1–16.

Kavale, K. A., Forness, S. R., & Mostert, M. P. (2005). Defining emotional or behavioral disorders: The quest for affirmation. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 38–49). London: Sage.

Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Kazdin, A. E. (1997). Conduct disorder. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (3rd ed., pp. 199–270), Boston: Allyn & Bacon.

Keogh, B. K. (2003). *Temperament in the classroom: Understanding individual differences*. Baltimore: Brookes.

Konopasek, D., & Forness, S. R. (2004). Psychopharmacology in the treatment of emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 352–368). New York: Guilford.

Knowlton, D. (1995). Managing children with oppositional behavior. *Beyond Behavior, 6*(3), 5–10.

Landrum, T. J. (2000). Assessment for eligibility: Issues in identifying students with emotional or behavioral disorders. *Assessment for Effective Intervention, 26*(1), 41–49.

Landrum, T. J., & Kauffman, J. M. (2003). Emotionally disturbed, education of. In J. W. Guthrie (Ed.), *Encyclopedia of education* (2nd ed., pp. 726–728). New York: Macmillan Reference.

Landrum, T. J., Tankersley, M., & Kauffman, J. M. (2003). What's special about special education for students with emotional and behavioral disorders? *The Journal of Special Education, 37*, 148–156.

Lewis, T. (2000). Establishing and promoting disciplinary practices at the classroom and individual student level that ensure safe, effective, and nurturing learning environments. In L. M. Bullock and R. A. Gable (Eds.), *Positive academic and behavioral supports: Creating safe, effective, and nurturing schools for all students*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Lewis, T. J., & Sugai, G. (1999). Effective behavior support: A systems approach to proactive schoolwide management. *Focus on Exceptional Children, 31*(6), 1–24.

Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., & Frick, P. J. (1992). Developmental sequences in age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 1*, 21–41.

Maag, J. W., & Katsiyannis, A. (1998). Challenges facing successful transition for youths with E/BD. *Behavioral Disorders, 23*, 209–221.

Malmgren, K., Edgar, E., & Neel, R. S. (1998). Postschool status of youths with behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 23*, 257–263.

Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 780–786.

Miller, J. G. (1997). African American males in the criminal justice system. *Phi Delta Kappan, 79*, K1–K12.

Moynihan, D. P. (1995, September 21). "I cannot understand how this could be happening." *Washington Post*, p. A31.

Mueller, M. M., Edwards, R. P., & Trahant, D. (2003). Translating multiple assessment techniques into an intervention selection model for classrooms. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 563–573.

Nelson, C. M., & Kauffman, J. M. (1977). Educational programming for secondary school age delinquent and maladjusted pupils. *Behavioral Disorders, 2*, 102–113.

Nelson, C. M., Leone, P. E., & Rutherford, R. B., (2004). Youth delinquency: Prevention and intervention. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 282–301). New York: Guilford.

O'Mahony, P. (2005). Juvenile delinquency and emotional and behaviorual difficulties in education. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 142–154). London: Sage.

Osher, D., Cartledge, G., Oswald, D., Sutherland, K. S., Artiles, A. J., & Coutinho, M. (2004). Cultural and linguistic competency and disproportionate representation. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 54–77). New York: Guilford.

Oswald, D. P., Coutinho, M. J., Best, A. M., & Singh, N. N. (1999). Ethnic representation in special education: The influence of school-related economic and demographic variables. *Journal of Special Education, 32*, 194–206.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

Peacock Hill Working Group. (1991). Problems and promises in special education and related services for children and youth with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 16*, 299–313.

Presley, J. A., & Hughes, C. (2000). Peers as teachers of anger management to high school students with behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 25*, 114–130.

Rhode, G., Jensen, W. R., & Reavis, H. K. (1992). *The tough kid book: Practical classroom management strategies*. Longmont, CO: Sopris West.

Richardson, G. A., McGauhey, P., & Day, N. L. (1995). Epidemiologic considerations. In M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds.),

dren with emotional/behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 26*, 344–359.

Farmer, E. M. Z., & Farmer, T. W. (1999). The role of schools in outcomes for youth: Implications for children's mental health services research. *Journal of Child and Family Studies, 8*, 377–396.

Farmer, T. W. (2000). Misconceptions of peer rejection and problem behavior: Understanding aggression in students with mild disabilities. *Remedial and Special Education, 21*, 194–208.

Farmer, T. W., Farmer, E. M. Z., & Gut, D. (1999). Implications of social development research for school based intervention for aggressive youth with emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 7*, 130–136.

Farmer, T. W., Quinn, M. M., Hussey, W., & Holahan, T. (2001). The development of disruptive behavioral disorders and correlated constraints: Implications for intervention. *Behavioral Disorders, 26*, 117–130.

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (1997). Defining emotional or behavioral disorders in school and related services. In J. W. Lloyd, E. J. Kame'enui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 45–61). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (2001). Ignoring the odds: Hazards of not adding the new medical model to special education decisions. *Behavioral Disorders, 26*, 269–281.

Forness, S. R., Kavale, K. A., Sweeney, D. P., & Crenshaw, T. M. (1999). The future of research and practice in behavioral disorders: Psychopharmacology and its school implications. *Behavioral Disorders, 24*, 305–318.

Forness, S. R., & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace "serious emotional disturbance" in Individuals with Disabilities Act. *School Psychology Review, 21*, 12–20.

Freedman, J. (1993). *From cradle to grave: The human face of poverty in America*. New York: Atheneum.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., Fernstrom, P., & Hohn, M. (1991). Toward a responsible reintegration of behaviorally disordered students. *Behavioral Disorders, 16*, 133–147.

Furlong, M. J., Morrison, G. M., & Fisher, E. S. (2005). The influences of the school contexts and processes on violence and disruption in American schools. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 106–120). London: Sage.

Furlong, M. J., Morrison, G. M., & Jimerson, S. (2004). Externalizing behaviors of aggression and violence and the school context. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 243–261). New York: Guilford.

Garrity, C., Jens, K., Porter, W., Sager, N., & Short-Camilli, C. (1996). Bully-proofing your school: A comprehensive approach. *Reclaiming Youth and Children, 5*(1), 35–39.

Garrity, C., Jens, K., Porter, W., Sager, N., & Short-Camilli, C. (2000). *Bully-proofing your school: A comprehensive approach* (2nd ed.). Longmont, CO: Sopris West.

Godwin, R. (2004, February 2). In my father's footsteps: A thank-you to my big brother. *The Washington Post*, p. C10.

Gresham, F. M., & Kern, L. (2004). Internalizing behavior problems in children and adolescents. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 262–281). New York: Guilford.

Gresham, F. M., Lane, K. L., McIntyre, L. L., Olson-Tinker, H., Dostra, L., MacMillan, D. M., Lambros, K. M., & Bocian, K. (2001). Risk factors associated with the co-occurrence of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems. *Behavioral Disorders, 26*, 189–199.

Hallenbeck, B. A., & Kauffman, J. M. (1995). How does observational learning affect the behavior of students with emotional or behavioral disorders? A review of research. *Journal of Special Education, 29*, 45–71.

Harris, J. R. (1995) Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review, 102*, 458–489.

Ialongo, N. S., Vaden-Kiernan, N., & Kellam, S. (1998). Early peer-rejection and aggression: Longitudinal relations with adolescent behavior. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 10*, 199–213.

Ishii-Jordan, S. R. (2000). Behavioral interventions used with diverse students. *Behavioral Disorders, 25*, 299–309.

Jolivette, K., Stichter, J. P., & McCormick, K. M. (2002). Making choices—improving behavior—engaging in learning. *Teaching Exceptional Children, 34*(3), 24–30.

Jones, V., Dohrn, E., & Dunn, C. (2004). *Creating effective programs for students with emotional and behavioral disorders*. Boston: Allyn & Bacon.

Jordan, D., Goldberg, P., & Goldberg, M. (1991). *A guidebook for parents of children with emotional or behavioral disorders*. Minneapolis: Pacer Center.

Kaiser, A. P. (Ed.). (2000). Special issue: Assessing and addressing problems in children enrolled in Head Start. *Behavioral Disorders, 26*(1).

Kamps, D. M., Tankersley, M., & Ellis, C. (2000). Social skills interventions for young at-risk students: A 2-year follow-up study. *Behavioral Disorders, 25*, 310–324.

Kaslow, N. J., Morris, M. K., & Rehm, L. P. (1997). Childhood depression. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (3rd ed., pp. 48–90). Boston: Allyn & Bacon.

Katsiyannis, A., & Archwamety, T. (1999). Academic remediation/achievement and other factors related to recidivism rates among delinquent youths. *Behavioral Disorders, 24*, 93–101.

Kauffman, J. M. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children, 65*, 448–468.

Kauffman, J. M. (2005a). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice-Hall.

Kauffman, J. M. (2005b). *Cases in emotional and behavioral disorders of children and youth*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

Kauffman, J. M. (2005c). How we prevent the prevention of emotional and behavioural difficulties in education. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 366–376). London: Sage.

Kauffman, J. M., Bantz, J., & McCullough, J. (2002). Separate and better: A special public school class for students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality*.

Kauffman, J. M., Brigham, F. J., & Mock, D. R. (2004). Historical to contemporary perspectives on the field of behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.),

Vaughn, S., Schumm, J. S., & Arguelles, M. E. (1997). The ABCDEs of Co-teaching. *Teaching Exceptional Children, 30*, 4–10.

Weiss, M., Hechtman, L., & Weiss, G. (2000). ADHD in parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1059–1061.

Werner, H., & Strauss, A. A. (1939). Types of visuo-motor activity in their relation to low and high performance ages. *Proceedings of the American Association on Mental Deficiency, 44*, 163–168.

Werner, H., & Strauss, A. A. (1941). Pathology of figure-background relation in the child. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 36*, 236–248.

Wilens, T. E. & Biederman, J. (1992). Pediatric psychopharmacology: The stimulants. *Pediatric Clinics of North America, 15*(1), 191–222.

Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine, 53*, 113–131.

Willcutt, E. G., Chhabildas, N., & Pennington, B. F. (2001). Validity of the DSM-IV subtypes of ADHD. *ADHD Report, 9*(1), 2–5.

Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Boada, R., Ogline, J. S., Tunick, R. A., Chhabildas, N. A., & Olson, R. K. (2001). A comparison of the cognitive deficits in reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 157–172.

Wolraich, M. L., Wilson, D. B., & White, J. W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 274*, 1617–1621.

Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2000). Driving outcomes for young people with attentional difficulties in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 627–634.

CHAPTER 8

Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bateman, B. D., & Chard, D. J. (1995). Legal demands and constraints on placement decisions. In J. M. Kauffman, J. W. Lloyd, D. P. Hallahan, & T. A. Astuto (Eds.), *Issues in educational placement: Students with emotional and behavioral disorders* (pp. 285–316). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Blake, C., Wang, W., Cartledge, G., & Gardner, R. (2000). Middle school students with serious emotional disturbances serve as social skills trainers and reinforcers for peers with SED. *Behavioral Disorders, 25*, 280–298.

Block, A., & Weisz, V. (2004, July 6). Choosing prisoners over pupils. *The Washington Post*, A19.

Bower, E. M. (1981). *Early identification of emotionally handicapped children in school* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Bower, E. M. (1982). Defining emotional disturbance: Public policy and research. *Psychology in the Schools, 19*, 55–60.

Brigham, F. J., & Kauffman, J. M. (1998). Creating supportive environments for students with emotional or behavioral disorders. *Effective School Practices, 17*(2), 25–35.

Cheney, D., & Bullis, M. (2004). The school-to-community transition of adolescents with emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.). *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 369–384). New York: Guilford.

Cline, D. H. (1990). A legal analysis of policy initiatives to exclude handicapped/disruptive students from special education. *Behavioral Disorders, 15*, 159–173.

Coleman, M., & Vaughn, S. (2000). Reading interventions for students with emotional/behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 25*, 93–104.

Colvin, G. (2004). *Managing the cycle of acting-out behavior in the classroom*. Eugene, OR: Behavior Associates.

Cooper, P. (2005). Biology and behaviour: The educational relevance of a "biopsychosocial" perspective. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 91–105). London: Sage.

Costenbader, V., & Buntaine, R. (1999). Diagnostic discrimination between social maladjustment and emotional disturbance: An empirical study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 7*, 1–10.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based Standards. Retrieved June 5, 2001 from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html.

Coutinho, M. J., Oswald, D. P., Best, A. M., & Forness, S. R. (2002). Gender and socio-demographic factors and the disproportionate identification of minority students as emotionally disturbed. *Behavioral Disorders, 27*, 109–125.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1999). *The least restrictive environment: Its origins and interpretations in special education*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cullinan, D. (2002). *Students with emotional and behavior disorders: An introduction for teachers and other helping professionals*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.

Cullinan, D. (2004). Classification and definition of emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 32–53). New York: Guilford.

Duke, D. L., Griesdorn, J., & Kraft, M. (1998, March). *A school of their own: A status check of Virginia's alternative high schools for at-risk students*. Charlottesville, VA: Thomas Jefferson Center for Educational Design.

Duncan, B. B., Forness, S. R., & Hartsough, C. (1995). Students identified as seriously emotionally disturbed in school-based day treatment: Cognitive, psychiatric, and special education characteristics. *Behavioral Disorders, 20*, 238–252.

Edgar, E., & Siegel, S. (1995). Postsecondary scenarios for troubled and troubling youth. In J. M. Kauffman, J. W. Lloyd, D. P. Hallahan, & T. A. Astuto (Eds.), *Issues in educational placement: Students with emotional or behavioral disorders* (pp. 251–283). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Epstein, M. H., & Sharma, J. (1997). Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS): A strength-based approach to assessment. Austin, TX: Pro-Ed.

Falk, K. B., & Wehby, J. H. (2001). The effects of peer-assisted learning strategies on the beginning reading skills of young chil-

Reid, R., & Harris, K. R. (1992). Self-monitoring of attention versus self-monitoring of performance: Effects on attention and academic performance. *Exceptional Children, 60*, 29–40.

Reid, R., Casat, C. D., Norton, H. J., Anastopoulos, A. D., & Temple, E. P. (2001). Using behavior rating scales for ADHD across ethnic groups: The IOWA Conners. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 9*, 210–218.

Reid, R., Riccio, C. A., Kessler, R. H., DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopolous, A. D., Rogers-Adkinson, D., & Noll, M. (2000). Gender and ethnic differences in ADHD as assessed by behavior ratings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*, 38–48.

Richters, J. E., Arnold, L. E., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., & Swanson, J. M. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: Background and rationale. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 987–1000.

Robison, L. M., Skaer, T. L., Sclar, D. A., & Galin, R. S. (2002). Is attention deficit hyperactivity disorder increasing among girls in the US? *CNS Drugs, 16*, 129–137.

Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E., Zimmerman, H., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (1999). ADHD in a sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 716–722.

Rooney, K. J. (1995). Teaching students with attention disorders. *Intervention in School and Clinic, 30*, 221–225.

Rosenshine, R. (1995). Advances in research on instruction. *Journal of Educational Research, 88*, 262–268.

Rowland, A. S., Umbach, D. M., Catoe, K. E., Stallone, L., Long, S., Rabiner, D., Naftel, A. J., Panke, D., Faulk, R., & Sandler, D. P. (2001). Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: Screening method and pilot results. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 931–940.

Schachar, R., Mota, V. L., Logan, G. D., Tannock, R., & Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 227–235.

Schaughency, E. A., McGee, R., Raja, S. N., Freehan, M., & Silva, P. (1994). Self-reported inattention, impulsivity, and hyperactivity in ages 15 and 18 years in the general population. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 173–183.

Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Filipek, P., Biederman, J., Bekken, K., & Renshaw, P. F. (2000). Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 477–484.

Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., & Bradley-Klug, K. L. (1998). Self-management as a strategy to improve the classroom behavior of adolescents with ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 545–555.

Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, M. S., Jenkins, L., & Metevia, L. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 253–266.

Sherman, D. K., Iacono, W. G., & McGue, M. K. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 745–753.

Shimabukuro, S. M., Prater, M. A., Jenkins, A., & Edelen-Smith, P. (1999). The effects of self-monitoring of academic performance on students with learning disabilities and ADD/ADHD. *Education and Treatment of Children, 22*, 397–414.

Smith, D. J., & Nelson, J. R., Young, K. R., & West, R. P. (1992). The effect of a self-management procedure on the classroom and academic behavior of students with mild handicaps. *School Psychology Review, 21*, 59–72.

Solanto, M. V. (1998). Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: A review and integration. *Behavioural Brain Research, 94*, 127–152.

Solanto, M. V. (2002). Dopamine dysfunction in AD/HD: Integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioural Brain Research, 130*, 65–71.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 409–432.

Stevenson, J. (1992). Evidence for a genetic etiology in hyperactive children. *Behavior Genetics, 22*, 337–344.

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet, 1*, 1008–1012, 1077–1082, 1163–1168.

Strauss, A. A., & Werner, H. (1942). Disorders of conceptual thinking in the brain-injured child. *Journal of Nervous and Mental Disease, 96*, 153–172.

Swanson, J., Castellanos, F. X., Murias, M., LaHoste, G., & Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology, 8*, 263–271.

Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P., March, J. S., Newcorn, J. H., Owens, E. B., Pelham, W. E., Schiller, E., Severe, J. B., Simpson, S., Vitiello, B., Wells, K., Wigal, T., & Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 168–179.

Swanson, J. M., Sergeant, J. A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E. J. S., Jensen, P. S., & Cantwell, D. P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *The Lancet, 351*, 429–433.

Szatmari, P. (1992). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), *Child and adolescent psychiatry clinics of North America: Attention deficit disorder* (pp. 361–372). Philadelphia: Saunders.

Tankersley, M. (1995). A group-oriented contingency management program: A review of research on the good behavior game and implications for teachers. *Preventing School Failure, 40*, 59–72.

Teicher, M. H., Anderson, C. M., Polcari, A., Glod, C. A., Maas, L. C., & Renshaw, P. F. (2000). Functional deficits in basal ganglia of children with attention-deficit/hyperactivity disorder shown with functional magnetic resonance imaging relaxometry. *Nature Medicine, 6*, 470–473.

Tripp, G., & Alsop, B. (2001). Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 691–698.

Goldstein, K. (1939). *The organism*. New York: American Book Co.

Hale, J. B., Hoeppner, J. B., DeWitt, M. B., Coury, D. L., Ritacco, D. G., & Trommer, B. (1998). Evaluating medication response in ADHD: Cognitive, behavioral, and single-subject methodology. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 595–607.

Hallahan, D. P., & Cottone, E. A. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder. In T. E. Scruggs & M. A. Mastropieri (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities, Vol. 11* (pp. 27–67). Greenwich, CT: JAI Press.

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Driven to distraction*. New York: Touchstone.

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1996). *Answers to distraction*. New York: Bantam Books.

Hoffmann, H. (1865). Die Geschichte vom Zappel-Philipp [The Story of Fidgety Philip]. *Der Struwwelpeter*. Germany: Pestalozzi-Verlag.

Horner, R. H., & Carr, E. G. (1997). Behavioral support for students with severe disabilities: Functional assessment and comprehensive intervention. *Journal of Special Education, 31*, 1–11.

Hudson, P. (1997). Using teacher-guided practice to help students with learning disabilities acquire and retain social studies content. *Learning Disabilities Quarterly, 20*, 23–32.

Hynd, G. W., Hern, K. L., Novey, E. S., Eliopulos, D., Marshall, R., Gonzalez, J. J., & Voeller, K. K. (1993). Attention deficit hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus. *Journal of Child Neurology, 8*, 339–347.

Kame'enui, E. J., & Carnine, D. W. (1998). *Effective teaching strategies that accommodate diverse learners*. Columbus, OH: Prentice-Hall.

Kanbayashi, Y., Nakata, Y., Fujii, K., Kita, M., & Wada, K. (1994). ADHD-related behavior among non-referred children: Parents' ratings of DSM-III-R symptoms. *Child Psychiatry and Human Development, 25*(1), 13–29.

Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1983). Hyperactivity and diet treatment: A meta-analysis of the Feingold hypothesis. *Journal of Learning Disabilities, 16*, 324–330.

Kemp, K., Fister, S., & McLaughlin, P. J. (1995). Academic strategies for children with ADD. *Intervention in School and Clinic, 30*, 203–210.

Kewley, G. D. (1998). Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. *British Medical Journal, 316*, 1594–1596.

Kohn, A. (1993). *Punished by rewards: The trouble with gold stars, incentive plans, A's, praise, and other bribes*. Boston: Houghton Mifflin.

Kucan, L., & Beck, I. L. (1997). Thinking aloud and reading comprehension research: Inquiry, instruction, and social interaction. *Review of Educational Research, 67*, 271–299.

Lambert, N. M., & Hartsough, C. S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 533–544.

Landau, S., Milich, R., & Diener, M. B. (1998). Peer relations of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties, 14*, 83–105.

Lawrence, V., Houghton, S., Tannock, R., Douglas, G., Durkin, K., & Whiting, K. (2002). ADHD outside the laboratory: Boys' executive function performance on tasks in videogame play and on a visit to the zoo. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 447–462.

Leung, P. W. L., Luk, S. L., Ho, T. P., Taylor, E., Mak, F. L., & Bacon-Shone, J. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *British Journal of Psychiatry, 168*, 486–496.

Levy, F., Barr, C., & Sunohara, G. (1998). Directions of aetiologic research on attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*, 97–103.

Lloyd, J. W., Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Keller, C. E. (1998). Academic problems. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (pp. 167–198). Boston: Allyn & Bacon.

Lou, H. C., Henriksen, L., & Bruhn, P. (1984). Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. *Archives of Neurology, 41*, 825–829.

Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P., Borner, H., & Nielsen, J. B. (1989). Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology, 46*, 48–52.

Manos, M. J., Short, E. J., & Findling, R. L. (1999). Differential effectiveness of methylphenidate and Adderall in school-age youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 813–819.

Marshall, R. M., Hynd, G. W., Handwerk, M. J., & Hall, J. (1997). Academic underachievement in ADHD subtypes. *Journal of Learning Disabilities, 30*, 635–642.

Mathes, M. Y., & Bender, W. N. (1997). The effects of self-monitoring on children with attention-deficit/hyperactivity disorder who are receiving pharmacological interventions. *Remedial and Special Education, 18*, 121–128.

Mercer, C. D., & Mercer, A. R. (1998). *Teaching students with learning problems* (5th ed.). Columbus, OH: Prentice-Hall.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Guite, J., & Tsuang, M. T. (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment interaction. *Biological Psychiatry, 41*, 65–75.

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073–1086.

Murphy, K. R. (1998). Psychological counseling of adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 582–591). New York: Guilford Press.

National Institute of Mental Health. (2003). *Attention deficit hyperactivity disorder*. Retrieved September 5, 2004 from the World Wide Web: www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm.

Pasamanick, B., Lilienfeld, A. M., & Rogers, M. E. (1956). Pregnancy experience and the development of behavior disorders in children. *American Journal of Psychiatry, 112*, 613–617.

Pelham, W. E. (2000). Implications of the MTA Study for behavioral and combined treatments. *ADHD Report, 8*(4), 9–13, 16.

Pinel, J. P. J. (2003). *Biopsychology* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Pliszka, S. R., Browne, R. G., Olvera, R. L., & Wynne, S. K. (2000). A double-blind, placebo-controlled study of Adderall and methylphenidate in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 619–626.

Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit /hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association, 288*, 1740–1748.

Cepeda, N. J., Cepeda, M. L., & Kramer, A. F. (2000). Task switching and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 213–226.

Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1999). Pathways from ADHD to early drug use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1347–1354.

Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics, 113*, 708–713.

Cole, C. L., & Bambara, L. M. (1992). Issues surrounding the use of self-management interventions in the school. *School Psychology Review, 21*, 193–201.

Conners, C. K. (1989a). *Conners Teacher Rating Scale-28*. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (1989b). *Conners Teacher Rating Scale-39*. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (1997). *Conners Rating Scales—Revised (CSR-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (1999). *Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Cooper, P. (1999). ADHD and effective learning: Principles and practical approaches. In P. Cooper & K. Bilton (Eds.), *ADHD: Research, practice and opinion* (pp. 138–157). London: Whurr.

Cox, D. J., Merkel, R. L., Kovatchev, B., & Seward, R. (2000). Effect of stimulant medication on driving performance of young adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 230–234.

Crenshaw, T. M., Kavale, K. A., Forness, S. R., & Reeve, R. E. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and the efficacy of stimulant medication: A meta-analysis. In T. Scruggs & M. Mastropieri (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities, Vol. 13* (pp. 135–165). Greenwich, CT: JAI Press.

Cruickshank, W. M., Bentzen, F. A., Ratzeburg, F. H., & Tannhauser, M. T. (1961). *A teaching method of brain-injured and hyperactive children*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Cruickshank, W. M., Bice, H. V., & Wallen, N. E. (1957). *Perception and cerebral palsy*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Davies, S., & Witte, R. (2000). Self-management and peer-monitoring within a group contingency to decrease uncontrolled verbalizations of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 37*, 135–147.

DuPaul, G. J., Barkley, R. A., & Connor, D. F. (1998). Stimulants. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 510–551). New York: Guilford Press.

DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis, *School Psychology Review, 26*, 5–27.

DuPaul, G. J., Eckert, T. L., & McGoey, K. E. (1997). Interventions for students with attention-deficit/hyperactivity disorder: One size does not fit all. *School Psychology Review, 26*. 369–381.

DuPaul, G. J., & Ervin, R. A. (1996). Functional assessment of behaviors related to attention-deficit hyperactivity disorder: Linking assessment to intervention design. *Behavior Therapy, 27*, 601–622.

DuPaul, G. J., Power, D. T. J., Anastopolos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretations*. New York: Guilford Press.

Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. (1994). Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys: Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 833–842.

Ervin, R. A., DuPaul, G. J., Kern, L., & Friman, P. C. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: Proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 65–78.

Esser, G., Schmidt, M. H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children—Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 243–263.

Evans, S. W., Pelham, W. E., Smith, B. H., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Altenderfer, L., & Baron-Myak, C. (2001). Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD. *Experimental and Clinical Pharmacology, 9*, 163–175.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry, 48*, 9–20.

Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 10*, 299–316.

Faraone, S. V., Pliszka, S. R., Olvera, R. L., Skolnik, R., & Biederman, J. (2001). Efficacy of Adderall and methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: A reanalysis using drug-placebo and drug-drug response curve methodology. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11*, 171–180.

Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 1127–1134.

Filipek, P. A., Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Renshaw, P. F., Kennedy, D. N., & Biederman, J. (1997). Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology, 48*. 589–601.

Forness, S. R., Kavale, K. A. (2002). Impact of ADHD on school systems. In P. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science; best practices* (pp. 1–20). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Forness, S. R., Kavale, K. A., & Crenshaw, T. M. (1999). Stimulant medication revisited: Effective treatment of children with ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Problems, 7*, 230–235.

Gillis, J. J., Gilger, J. W., Pennington, B. F., & DeFries, C. (1992). Attention deficit disorder in reading-disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 303–315.

Goldstein, K. (1936). The modification of behavior consequent to cerebral lesions. *Psychiatric Quarterly, 10*, 586–610.

Torgesen, J. K. (2002). Empirical and theoretical support for direct diagnosis of learning disabilities by assessment of intrinsic processing weaknesses. In R. Bradley, L. Danielson, & D. P. Hallahan (Eds.), *Identification of learning disabilities: Research to practice* (pp. 565–613). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Torgesen, J. K., & Kail, R. V. (1980). Memory processes in exceptional children. In B. K. Keogh (Ed.), *Advances in special education. Vol. 1: Basic constructs and theoretical orientations.* Greenwich, CT: JAI Press.

Troia, G. A. (2004, Summer). A focus on phonological awareness acquisition and intervention. *Current Practice Alerts*, Sponsored by the Division for Learning Disabilities and Division for Research of the Council for Exceptional Children.

U.S. Department of Education. (2002). *Twenty-fourth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author.

Vaughn, S., Elbaum, B., & Boardman, A. G. (2001). The social functioning of students with learning disabilities: Implications for inclusion. *Exceptionality, 9*, 47–65.

Vaughn, S., & Fuchs, L. S., (2003). Redefining learning disabilities as inadequate response to instruction: The promise and potential problems. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 137–146.

Vaughn, S., Gersten, R., & Chard, D. J. (2000). The underlying message in LD intervention research: Findings from research syntheses. *Exceptional Children, 67*, 99–114.

Vaughn, S., Linan-Thompson, S., & Hickman, P. (2003). Response to instruction as a means of identifying students with reading disabilities. *Exceptional Children, 69*, 391–409.

Vaughn, S., Schumm, J. S., & Arguelles, M. E. (1997). The ABCDEs of Co-teaching. *Teaching Exceptional Children, 30*, 4–10.

Wax, I. F., & Kravets, M. (2003). *K & W guide to colleges for students with learning disabilities or attention deficit disorder* (7th ed.). New York: Princeton Review.

Werner, H., & Strauss, A. A. (1941). Pathology of figure-background relation in the child. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 36*, 236–248.

Willows, D. M. (1998). Visual processes in learning disabilities. In H. L. Swanson (Ed.), *Handbook of assessment of learning disabilities: Theory, research, and practice* (pp. 147–175). Austin, TX: Pro-Ed.

Witte, R. H., Philips, L., & Kakela, M. (1998). Job satisfaction of college graduates with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 259–265.

Woodward, J., & Baxter, J. (1997). The effects of an innovative approach to mathematics on academically low-achieving students in inclusive settings. *Exceptional Children, 63*, 373–388.

Worling, D. E., Humphries, T., & Tannock, R. (1999). Spatial and emotional aspects of language inferencing in nonverbal learning disabilities. *Brain and Language, 70*, 220–239.

CHAPTER 7

Allsopp, D. H. (1999). Using modeling, manipulatives, and mnemonics with eighth-grade math students. *Teaching Exceptional Children*, 32(2), 74–81.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Arnold, L. E., Elliott, M., Sachs, L., Abikoff, H. B., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Vitiello, B., Bird, H., Wells, K. C., Comarda, A., Elliott, G. R., Hechtman, L., Hoza, B., March, J. S., Pelham, W. E., Swanson, J. M., & Wigal, T. (2003). Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 713–727.

Barkley, R. A. (1994). Impaired delayed responding: A unified theory of attention-deficit hyperactivity disorder. In D. K. Routh (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp. 11–57). New York: Plenum.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65–94.

Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 1*, 41–54.

Barkley, R. A. (2000a). *A new look at ADHD: Inhibition, time, and self-control* (video manual). Baltimore: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2000b). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents* (rev. ed.). New York: The Guilford Press.

Bateman, B., Warner, J. O., Hutchinson, E., Dean, T., Rowlandson, P., Gant, C., Grundy, J., Fitzgerald, C., & Stevenson, J. (2004). The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Archives of Disease in Childhood, 89*, 506–511.

Baumgaertel, A., Wolraich, M. L., & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 629–638.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J., Ablon, J. S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry, 152*, 431–435.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T., (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological Psychiatry, 44*, 269–273.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S. V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance abuse disorder. *Pediatrics, 104*, 20.

Birch, H. G. (1964). *Brain damage in children: The biological and social aspects.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Castellanos, F. X. (1997). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics, 36*, 381–393.

Castellanos, F. X. (2001). Neural substrates of attention-deficit hyperactivity disorder. *Advances in Neurology, 85*, 197–206.

Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C., Giedd, J. N., &

Topic: Modifications to the NJCLD definition of learning disabilities. Washington, DC: Author.

Olson, R., Wise, B., Conners, F., Rack, J., & Fulker, D. (1989). Specific deficits in component reading and language skills: Genetic and environmental influences. *Journal of Learning Disabilities, 22*, 339–348.

Paulesu, E., Demonet, J. F., Fazio, F., McCrory, E., Chanonine, V., Brunswick, N., Cappa, S. F., Cossu, G., Habib, M., Frith, C. D., & Frith, U. (2001). Dyslexia: Cultural diversity and biological unity. *Science, 291*, 2165–2167.

Pelkey, L. (2001). In the LD bubble. In P. Rodis, A. Garrod, & M. L. Boscardin (Eds.), *Learning disabilities and life stories* (pp. 17–28). Boston: Allyn & Bacon.

Pennington, B. F. (1990). Annotation: The genetics of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry, 31*, 193–201.

Peterson (2003). *Colleges for students with learning disabilities or ADD (Peterson's colleges with programs for students with learning disabilities or attention deficit disorders)* (7th ed.). Princeton, NJ: Peterson's.

Petryshen, T. L., Kaplan, B. J., Liu, M. F., deFrench, N. S., Tobias, R., Hughes, M. L., & Field, L. L. (2001). Evidence for a susceptibility locus on Chromosome 6q influencing phonological coding dyslexia. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatrica Genetics), 105*, 507–517.

Pugh, K. R. Mencl, W. E., Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Fulbright, R. K., Constable, R. T., Skudlarski, P., Marchione, K. E., Jenner, A. R., Fletcher, J. M., Liberman, A. M., Shankweiler, D. P., Katz, L., Lacadie, C., & Gore, J. C. (2000). Task-specific differences in functional connections within the posterior cortex. *Psychological Science, 11*, 51–56.

Pullen, P. C. (2002, October 1). Expert connection: Phonological awareness. *TeachingLD.org*. Retrieved from http://TeachingLD.org/expert_connection/phonological.html.

Queen, O. (2001). Blake Academy and the Green Arrow. In P. Rodis, A. Garrod, & M. L. Boscardin (Eds.), *Learning disabilities and life stories* (pp. 3–16). Boston: Allyn & Bacon.

Raskind, M. H., Goldberg, R. J., Higgins, E. L., & Herman, K. L. (1999). Patterns of change and predictors of success in individuals with learning disabilities: Results from a twenty-year longitudinal study. *Learning Disabilities Research and Practice, 14*, 35–49.

Raskind, W. H. (2001). Current understanding of the genetic basis of reading and spelling disability. *Learning Disability Quarterly, 24*, 141–157.

Reiff, H. B., Gerber, P. J., & Ginsberg, R. (1997). *Exceeding expectations: Successful adults with learning disabilities*. Austin, TX: Pro-Ed.

Reynolds, C. A., Hewitt, J. K., Erickson, M. T., Silberg, J. L., Rutter, M., Simonoff, E., Meyer, J., & Eaves, L. J. (1996). The genetics of children's oral reading performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 425–434.

Richards, T. L. (2001). Functional magnetic resonance imaging and spectroscopic imaging of the brain: Application of fMRI and fMRS to reading disabilities and education. *Learning Disability Quarterly, 24*, 189–203.

Rosenshine, B., & Meister, C. (1994). Reciprocal teaching: A review of research. *Review of Educational Research, 64*, 479–530.

Rourke, B. P. (1995). *Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. New York: Guilford Press.

Rueda, R., & Garcia, E. (1997). Do portfolios make a difference for diverse students? The influence of type of data on making instructional decisions. *Learning Disabilities Research and Practice, 12*, 114–122.

Rumsey, J. M., Horwitz, B., Donohue, B. C., Nace, K. L., Maisog, J. M., & Andreason, P. (1999). A functional lesion in developmental dyslexia: Left angular gyral blood flow predicts severity. *Brain and Language, 70*(2), 187–204.

Schulte-Korne, G. (2001). Annotation: Genetics of reading and spelling disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 985–997.

Schulte-Korne, G., Deimel, W., Muller, K., Gutenbrunner, C., & Remschmidt, H. (1996). Familial aggregation of spelling disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 817–822.

Seligman, M. E. (1992). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.

Sexton, M., Harris, K. R., & Graham, S. (1998). Self-regulated strategy development and the writing process: Effects on essay writing and attributions. *Exceptional Children, 64*, 295–311.

Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Escobar, M. D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Association, 264*, 998–1002.

Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Pugh, K. R., Fulbright, R. K., Constable, R. T., Mencl, W. E., Shankweiler, D. P., Liberman, A. M., Skudlarski, P., Fletcher, J. M., Katz, L., Marchione, K. E., Lacadie, C., Gatenby, C., & Gore, J. C. (1998). Functional disruption in the organization of the brain for reading in dyslexia. *Neurobiology, 95*, 2636–2641.

Short, E. J., & Weissberg-Benchell, J. (1989). The triple alliance for learning: Cognition, metacognition, and motivation. In C. B. McCormick, G. E. Miller, & M. Pressley (Eds.), *Cognitive strategy research: From basic research to educational applications* (pp. 33–63). New York: Springer-Verlag.

Skinner, M. E. (1998). Promoting self-advocacy among college students with learning disabilities. *Intervention in School and Clinic, 33*, 278–283.

Spekman, N. J., Goldberg, R. J., & Herman, K. L. (1992). Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. *Learning Disabilities Research and Practice, 7*, 161–170.

Swanson, H. L. (2001). Research on interventions for adolescents with learning disabilities: A meta-analysis of outcomes related to higher-order processing. *Elementary School Journal, 101*, 331–348.

Swanson, H. L., & Hoskyn, M. (1998). Experimental intervention research for students with learning disabilities: A meta-analysis of treatment outcomes. *Review of Educational Research, 68*, 277–321.

Swanson, H. L., & Sachse-Lee, C. (2001). A subgroup analysis of working memory in children with reading disabilities: Domain-general or domain-specific deficiency? *Journal of Learning Disabilities, 34*, 249–263.

Torgesen, J. K. (1977). The role of nonspecific factors in the task performance of learning disabled children: A theoretical assessment. *Journal of Learning Disabilities, 10*, 27–34.

Torgesen, J. K. (1988). Studies of children with learning disabilities who perform poorly on memory span tasks. *Journal of Learning Disabilities, 21*, 605–612.

Kaplan, D. E., Gayan, J., Ahn, J., Won, T.-W., Pauls, D. L., Olson, R. K., DeFries, C., Wood, F. B., Pennington, B. F., Page, G. P., Smith, S. D., & Gruen, J. R. (2002). Evidence for linkage and association with reading disability, on 6p21.3–22. *American Journal of Human Genetics, 70*, 1287–1298.

Kavale, K. A. (1988). The long-term consequences of learning disabilities. In M. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice. Vol. 2: Mildly handicapped conditions*. New York: Pergamon Press.

Keogh, B. K., & Glover, A. T. (1980, November). Research needs in the study of early identification of children with learning disabilities. *Thalamus (Newsletter of the International Academy for Research in Learning Disabilities)*.

Kephart, N. C. (1971). *The slow learner in the classroom* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Kibby, M. Y., & Hynd, G. W. (2001). Neurological basis of learning disabilities. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp. 25–42). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kirk, S. A., & Kirk, W. D. (1971). *Psycholinguistic learning disabilities: Diagnosis and remediation*. Urbana: University of Illinois Press.

Klingner, J. K., Vaughn, S., Hughes, M. T., Schumm, J. S., & Elbaum, B. (1998). Outcomes for students with and without learning disabilities in inclusive classrooms. *Learning Disabilities Research and Practice, 13*, 153–161.

Klingner, J. K., Vaughn, S., Schumm, J. S., Cohen, P., & Forgan, J. (1998). Inclusion or pull-out: Which do students prefer? *Journal of Learning Disabilities, 31*, 148–158.

Kotkin, R. A., Forness, S. R., & Kavale, K. A. (2001). Comorbid ADHD and learning disabilities: Diagnosis, special education, and intervention. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp. 43–63). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kushch, A., Gross-Glenn, K., Jallad, B., Lubs, H., Rabin, M., Feldman, E., & Duara, R. (1993). Temporal lobe surface area measurements on MRI in normal and dyslexic readers. *Neuropsychologia, 31*, 811–821.

Lasley II, T. J., Matczynski, T. J., & Rowley, J. B. (2002). *Instructional models: Strategies for teaching in a diverse society*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomas Learning.

Leinhardt, G., Seewald, A., & Zigmond, N. (1982). Sex and race differences in learning disabilities classrooms. *Journal of Educational Psychology, 74*, 835–845.

Levin, J. R. (1993). Mnemonic strategies and classroom learning: A twenty year report card. *Elementary School Journal, 27*, 301–321.

Lewis, B. A. (1992). Pedigree analysis of children with phonology disorders. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 586–597.

Lewis, B. A., & Thompson, L. A. (1992). A study of development of speech and language disorders in twins. *Journal of Speech and Hearing Research, 35*, 1086–1094.

Lindstrom, L. E., & Benz, M. R. (2002). Phases of career development: Case studies of young women with learning disabilities. *Exceptional Children, 69*, 67–83.

Lloyd, J. W. (1988). Direct academic interventions in learning disabilities. In M. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice. Vol. 2: Mildly handicapped conditions*. New York: Pergamon Press.

Lloyd, J. W., Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Keller, C. E. (1998). Academic problems. In G. Stoner, M. R. Shinn, & H. M. Walker (Eds.), *Intervention for achievement and behavior problems* (pp. 201–239). Silver Spring, MD: National Association of School Psychologists.

Lopez-Reyna, N. A., & Bay, M. (1997). Enriching assessment using varied assessments for diverse learners. *Teaching Exceptional Children, 29*(4), 33–37.

MacMillan, D. L., Gresham, F. M., & Bocian, K. M. (1998). Discrepancy between definitions of learning disabilities and school practices: An empirical investigation. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 314–326.

MacMillan, D. L., & Siperstein, G. N. (2002). Learning disabilities as operationally defined by schools. In R. Bradley, L. Danielson, & D. P. Hallahan (Eds.), *Identification of learning disabilities: Research to practice* (pp. 287–333). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mastropieri, M. A., & Scruggs, T. E. (1998). Constructing more meaningful relationships in the classroom: Mnemonic research into practice. *Learning Disabilities Research and Practice, 13*, 138–145.

Mastropieri, M. A., Sweda, J., & Scruggs, T. E. (2000). Putting mnemonics to work in an inclusive classroom. *Learning Disabilities Research & Practice, 15*, 69–74.

Mathes, M. Y., & Bender, W. N. (1997). The effects of self-monitoring on children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Remedial and Special Education, 18*, 121–128.

Mathes, P., Torgesen, J. K., Allen, S. H., & Allor, J. H. (2001). *First grade PALS (Peer-Assisted Literacy Strategies)*. Longmont, CO: Sopris West.

McCrory, E., Frith, U., Brunswick, N., & Price, C. (2000). Abnormal functional activation during a simple word repetition task: A PET study of adult dyslexics. *Journal of Cognitive Neuroscience, 12*, 753–762.

McGrady, H. J., Lerner, J. W., & Boscardin, M. L. (2001). The educational lives of students with learning disabilities. In P. Rodis, A. Garrod, & M. L. Boscardin (Eds.), *Learning disabilities and life stories* (pp. 177–193). Boston: Allyn & Bacon.

Meese, R. L. (2001). *Teaching learners with mild disabilities: Integrating research and practice*. (2nd ed.). Stamford, CT: Wadsworth.

Montague, M. (1997). Student perception, mathematical problem solving, and learning disabilities. *Remedial and Special Education, 18*, 46–53.

Montague, M., & Graves, A. (1992). Teaching narrative composition to students with learning disabilities. In M. Pressley, K. Harris, & J. T. Guthrie (Eds.), *Promoting academic competence and literacy in schools* (pp. 261–276). New York: Academic Press.

Murawski, W. W., & Swanson, H. L. (2001). A meta-analysis of co-teaching research: Where are the data? *Remedial and Special Education, 22*, 258–267.

National Center for Children in Poverty. (2002). Early childhood poverty: A statistical profile. Retrieved October 4, 2004 from the World Wide Web: www.nccp.org/media/ecp02-text.pdf.

National Joint Committee on Learning Disabilities. (1989, September 18). Letter from NJCLD to member organizations.

Frostig, M., & Horne, D. (1964). *The Frostig program for the development of visual perception: Teacher's guide*. Chicago: Follett.

Fuchs, D., Fuchs, L., & Burish, P. (2000). Peer-Assisted Learning Strategies: An evidence-based practice to promote reading achievement. *Learning Disabilities Research and Practice, 15*(2), 85–91.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., McMaster, K. L., Yen, L., & Svenson, E. (2004). Nonresponders: How to find them? How to help them? What do they mean for special education? *Teaching Exceptional Children, 37*, 72–77.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., Thompson, A., Svenson, E., Yen, L. Otaiba, S., Yang, N., McMaster, K. N., Prentice, K., & Kazdan, S. (2001). Peer-assisted learning strategies in reading: Extensions for kindergarten, first grade, and high school. *Remedial and Special Education, 22*, 15–21.

Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P. L., & Young, C. L. (2003). Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 157–171.

Fuchs, L. S. (2003). Assessing intervention responsiveness: Conceptual and technical issues. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 172–186.

Fuchs, L. S., Deno, S. L., & Mirkin, P. K. (1984). The effects of frequent curriculum-based measurement and evaluation of pedagogy, student achievement and student awareness of learning. *American Educational Research Journal, 24*, 449–460.

Fuchs, L. S., & Fuchs, D. (1997). Use of curriculum-based measurement in identifying students with disabilities. *Focus on Exceptional Children, 30*(3), 1–16.

Fuchs, L. S., & Fuchs, D. (1998a). Treatment validity: A unifying concept for reconceptualizing the identification of learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice. 13*, 204–219.

Fuchs, L. S., & Fuchs, D. (1998b). General educators' instructional adaptation for students with learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly, 21*, 23–33.

Georgiewa, P., Rzanny, R., Hopf, J. M., Knab, R., Glauche, V., Kaiser, W. A., & Blanz, B. (1999). fMRI during word processing in dyslexic and normal reading children. *Neuroreport, 10*, 3459–3465.

Gerber, P. J. (1997). Life after school: Challenges in the workplace. In P. J. Gerber & D. S. Brown (Eds.), *Learning disabilities and employment* (pp. 3–18). Austin, TX: Pro-Ed.

Gerber, P. J., Ginsberg, R., & Reiff, H. B. (1992). Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 475–487.

Gerber, P. J., & Reiff, H. B. (1991). *Speaking for themselves: Ethnographic interviews with adults with learning disabilities*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Goldstein, D. E., Murray, C., & Edgar, E. (1998). Employment earning and hours of high school graduates with learning disabilities through the first decade after graduation. *Learning Disabilities Research and Practice, 13*, 53–64.

Good, R. H., Simmons, D. C., & Kame'enui, E. J. (2001). The importance and decision-making utility of a continuum of fluency-based indicators of foundational reading skills for third-grade high-stakes outcomes. *Scientific Studies of Reading, 5*, 257–288.

Grigorenko, E. L., Wood, F. B., Meyer, M. S., & Pauls, D. L. (2000). Chromosome 6p influences on different dyslexia-related cognitive processes: Further confirmation. *American Journal of Human Genetics, 66*, 715–723.

Hagman, J. O., Wood, F., Buchsbaum, M. S., Tallal, P., Flowers, L., & Katz, W. (1992). Cerebral metabolism in adult dyslexic subjects assessed with positron emission tomography during performance on an auditory task. *Archives of Neurology, 49*, 734–739.

Hallahan, D. P. (1975). Comparative research studies on the psychological characteristics of learning disabled children. In W. M. Cruickshank & D. P. Hallahan (Eds.), *Perceptual and learning disabilities in children. Vol. 1: Psychoeducational practices* (pp. 29–60). Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Hallahan, D. P. (1992). Some thoughts on why the prevalence of learning disabilities has increased. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 523–528.

Hallahan, D. P., & Bryan, T. H. (1981). Learning disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education* (pp. 141–164). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hallahan, D. P., & Cruickshank, W. M. (1973). *Psychoeducational foundations of learning disabilities*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hallahan, D. P., Gajar, A. H., Cohen, S. B., & Tarver, S. G. (1978). Selective attention and locus of control in learning disabled and normal children. *Journal of Learning Disabilities, 4*, 47–52.

Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Ball, D. W. (1973). Selective attention and cognitive tempo of low achieving and high achieving sixth grade males. *Perceptual and Motor Skills, 36*, 579–583.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching*. Boston: Allyn & Bacon.

Hallahan, D. P., & Mercer, C. D. (2002). Learning disabilities: Historical perspectives. In R. Bradley, L. Danielson, & D. P. Hallahan (Eds.), *Identification of learning disabilities: Research to practice* (pp. 1–67). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Hallahan, D. P., & Reeve, R. E. (1980). Selective attention and distractibility. In B. K. Keogh (Ed.), *Advances in special education. Vol. 1: Basic constructs and theoretical orientations* (pp. 141–181). Greenwich, CT: JAI Press.

Hallgren, B. (1950). Specific dyslexia (congenital word blindness: A clinical and genetic study). *Acta Psychiatrica et Neurologica, 65*, 1–279.

Hammill, D. D. (1990). On defining learning disabilities: An emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities, 23*, 74–84.

Hammill, D. D., & Larsen, S. (1974). The effectiveness of psycholinguistic training. *Exceptional Children, 41*, 5–15.

Hammill, D. D., Leigh, J. E., McNutt, G., & Larsen, S. C. (1981). A new definition of learning disabilities. *Learning Disability Quarterly, 4*, 336–342.

Harris, K. R., Graham, S., Reid, R., McElroy, K., & Hamby, R. S. (1994). Self-monitoring of attention versus self-monitoring of performance: Replication and cross-task comparison studies. *Learning Disability Quarterly, 17*, 121–139.

Henderson, C. (1999). *1999 college freshmen with disabilities: A biennial statistical profile*. Washington, DC: American Council on Education HEALTH Resource Center.

Hitchings, W. E., Luzzo, D. A., Ristow, R., Horvath, M., Retish, P., & Tanners, A. (2001). The career development needs of college students with learning disabilities: In their own words. *Learning Disabilities Research and Practice, 16*, 8–17.

Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Agran, M., Mithaug, D. E., & Martin, J. E. (2000). Promoting causal agency: The Self-Determined Learning Model of Instruction. *Exceptional Children, 66*, 439–453.

Westling, D. L., & Fox, L. (2000). *Teaching students with severe disabilities* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Wisniewski, H. M., Silverman, W., & Wegiel, J. (1994). Aging, Alzheimer disease, and mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research, 38*, 233–239.

Wolery, M., & Schuster, J. W. (1997). Instructional methods with students who have significant disabilities. *Journal of Special Education, 31*, 61–79.

Wolfensberger, W. (2002a). Needed or at least wanted: Sanity in the Language Wars. *Mental Retardation, 40*, 75–80.

Wolfensberger, W. (2002b). Social role valorization and, or versus, "Empowerment." *Mental Retardation, 40*, 252–258.

CHAPTER 6

Adams, G. L., & Engelmann, S. (1996). *Research on Direct Instruction: 25 years beyond DISTAR*. Seattle: Educational Achievement Systems.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Beichtman, J. H., Hood, J., & Inglis, A. (1992). Familial transmission of speech and language impairment: A preliminary investigation. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*, 151–156.

Bender, W. N. (2004). *Learning disabilities: Characteristics, identification, and learning strategies* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bender, W. N., Rosenkrans, C. B., & Crane, M. K. (1999). Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Learning Disability Quarterly, 22*, 143–156.

Blachman, B. (2001). Phonological awareness. In D. P. Pearson (Ed.), *Handbook of reading research* (pp. 483–502). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Blackorby, J., & Wagner, M. (1997). The employment outcomes of youth with learning disabilities: A review of findings from NLTS. In P. J. Gerber & D. S. Brown (Eds.), *Learning disabilities and employment* (pp. 57–74). Austin, TX: Pro-Ed.

Brunswick, N., McCrory, E., Price, C. J., Frith, C. D., & Frith, U. (1999). Explicit and implicit processing of words and pseudowords by adult developmental dyslexics: A search for Wernicke's Wortschatz? *Brain, 122*(Part 10), 1901–1917.

Bryan, T., Burstein, K., & Ergul, C. (2004). The social-emotional side of learning disabilities: A science-based presentation of the state of the art. *Learning Disability Quarterly, 27*, 45–51.

Bryan, T. H., Donahue, M., Pearl, R., & Sturm, C. (1981). Learning disabled children's conversational skills—The "TV Talk Show." *Learning Disability Quarterly, 4*, 250–260.

Bryan, T. H., & Sullivan-Burstein, K. (1998). Teacher-selected strategies for improving homework completion. *Remedial and Special Education, 19*, 263–275.

Butler, D. L. (1998). Metacognition and learning disabilities. In B. Y. L. Wong (Ed.), *Learning about learning disabilities* (2nd ed., pp. 277–307). San Diego, CA: Academic Press.

Case, L. P., Harris, K. R., & Graham, S. (1992). Improving the mathematical problem-solving skills of students with learning disabilities. *Journal of Special Education, 26*, 1–19.

Cawley, J. F., Parmar, R. S., Yan, W., & Miller, J. H. (1998). Arithmetic computation performance of students with learning disabilities: Implications for the curriculum. *Learning Disabilities Research and Practice, 13*, 68–74.

Choate, J. S., Enright, B. E., Miller, L. J., Poteet, J. A., & Rakes, T. A. (1995). *Curriculum-based assessment programming* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Clarizio, H. F., & Phillips, S. E. (1986). Sex bias in the diagnosis of learning disabled students. *Psychology in the Schools, 23*, 44–52.

Cobb, J. (2003). *Learning how to learn: Getting into and surviving college when you have a learning disability* (rev. ed.). Washington, DC: Child & Family Press.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based Standards. Retrieved June 5, 2001 from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html.

DeFries, J. C., Gillis, J. J., & Wadsworth, S. J. (1993). Genes and genders: A twin study of reading disability. In A. M. Galaburda (Ed.), *Dyslexia and development: Neurobiological aspects of extraordinary brains* (pp. 187–294). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Deno, S. L. (1985). Curriculum-based measurement: The emerging alternative. *Exceptional Children, 52*, 219–232.

Deshler, D. D., Schumaker, J. B., Lenz, B. K., Bulgren, J. A., Hock, M. F., Knight, J., & Ehren, B. J. (2001). Ensuring content-area learning by secondary students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice, 16*, 96–108.

Ellis, A. (2001). *Research on educational innovations* (3rd ed.). Larchmont, New York: Eye On Education.

Engelmann, S., Carnine, D., Engelmann, O., & Kelly, B. (1991). *Connecting math concepts*. Chicago: Science Research Associates.

Engelmann, S., Carnine, L., Johnson, G., & Meyers, L. (1988). *Corrective reading: Decoding*. Chicago: Science Research Associates.

Engelmann, S., Carnine, L., Johnson, G., & Meyers, L. (1989). *Corrective reading: Comprehension*. Chicago: Science Research Associates.

Epstein, M. H., Munk, D. D., Bursuck, W. D., Polloway, E. A., & Jayanthi, M. (1998). Strategies for improving home-school communication about homework for students with disabilities. *Journal of Special Education, 33*, 166–176.

Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Barnes, M., Stuebing, K. K., Francis, D. J., Olson, R. K., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2002). Classification of learning disabilities: An evidence-based evaluation. In R. Bradley, L. Danielson, & D. P. Hallahan (Eds.), *Identification of learning disabilities: Research to practice* (pp. 185–250). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Flowers, D. L. (1993). Brain basis for dyslexia: A summary of work in progress. *Journal of Learning Disabilities, 26*, 575–582.

Flowers, D. L., Wood, F. B., & Naylor, C. E. (1991). Regional cerebral blood flow correlates of language processes in reading disability. *Archives of Neurology, 48*, 637–643.

Foorman, B. R., Francis, D. J., Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., & Fletcher, J. M. (1997). The case for early reading intervention. In B. Blachman (Ed.), *Foundations of reading acquisition and dyslexia: Implications for early intervention* (pp. 243–264). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (2002). Impact of ADHD on school systems. In P. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *NIH consensus conference on ADHD*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

MacMillan, D. L., Gresham, F. M., Bocian, K. M., & Lambros, K. M. (1998). Current plight of borderline students: Where do they belong? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 33*, 83–94.

Mank, D., Cioffi, A., & Yovanoff, P. (2003). Supported employment outcomes across a decade: Is there evidence of improvement in the quality of implementation? *Mental Retardation, 41*, 188–197.

McDonnell, J. J., Hardman, M. L., & McDonnell, A. P. (2003). *An introduction to persons with moderate and severe disabilities* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Mechling, L. C., Gast, D. L., & Langone, J. (2002). Computer-based video instruction to teach persons with moderate intellectual disabilities to read grocery aisle signs and locate items. *The Journal of Special Education, 35*, 224–240.

Mervis, C. B., Klein-Tasman, B. P., & Mastin, M. E. (2001). Adaptive behavior of 4- through 8-year-old children with Williams syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 82–93.

Moldavsky, M., Lev, D., & Lerman-Sagie, T. (2001). Behavioral phenotypes of genetic syndromes: A reference guide for psychiatrists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 749–761.

Morse, T. E., & Schuster, J. W. (2000). Teaching elementary students with moderate intellectual disabilities how to shop for groceries. *Exceptional Children, 66*, 273–288.

Mortweet, S. L., Utley, C. A., Walker, D., Dawson, H. L., Delquadri, J. C., Reddy, S. S., Greenwood, C. R., Hamilton, S., & Ledford, D. (1999). Classwide peer tutoring: Teaching students with mild mental retardation in inclusive classrooms. *Exceptional Children, 65*, 524–536.

MR/DD Data Brief. (2001, April). Characteristics of service use by persons with MR/DD living in their own homes or with family members: NHIS-D analysis. Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration, University of Minnesota.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2001, July 1). NINDS microcephaly information page. Retrieved July 23, 2004 from www.ninds.nih.gov/healthandmedical/disorders/microcephaly.htm.

National Organization on Disability, & Harris, L. & Associates. (2000). *National Organization on Disability/Harris Survey of Americans with Disabilities*. New York: Author.

Nietupski, J., Hamre-Nietupski, S., VanderHart, N. S., & Fishback, K. (1996). Employer perceptions of the benefits and concerns of supported employment. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 31*, 310–323.

Olney, M. F., & Kennedy, J. (2001). National estimates of vocational service utilization and job placement rates for adults with mental retardation. *Mental Retardation, 39*, 32–39.

Parmar, R. S., Cawley, J. F., & Miller, J. H. (1994). Differences in mathematics performance between students with learning disabilities and students with mental retardation. *Exceptional Children, 60*, 549–563.

Pinel, J. P. J. (2003). *Biopsychology* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (1984). Preventive education for high-risk children: Cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *American Journal of Mental Deficiency, 88*, 515–523.

Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (1987). The Carolina Abecedarian Project: An educational experiment concerning human malleability. In J. J. Gallagher & C. T. Ramey (Eds.), *The malleability of children* (pp. 127–139). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *Journal of the American Medical Association, 285*, 2339–2346.

Romer, L. T., Richardson, M., Aigbe, E., & Porter, A. (2003). Down the garden path of self-determination: A response to Ashbaugh. *Mental Retardation, 41*, 292–294.

Salzberg, C. L., Lignugaris/Kraft, B., & McCuller, G. L. (1988). Reasons for job loss: A review of employment termination studies of mentally retarded workers. *Research in Developmental Disabilities, 9*, 153–170.

Schweinhart, L. J., & Weikart, D. P. (1993). Success by empowerment: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. *Young Children, 49*, 54–58.

Scott, M. S., Greenfield, D. B., & Partridge, M. F. (1991). Differentiating between two groups that fail in school: Performance of learning disabled and mildly retarded students on an oddity problem. *Learning Disabilities Research and Practice, 6*, 3–11.

Semel, E., & Rosner, S. R. (2003). *Understanding Williams syndrome: Behavioral patterns and interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Spinath, F. M., Harlaar, N., Ronald, A., & Plomin, R. (2004). Substantial genetic influence on mild mental impairment in early childhood. *American Journal on Mental Retardation, 109*, 34–43.

Stancliffe, R. J., Abery, B. H., & Smith, J. (2000). Personal control and the ecology of community living settings: Beyond living-unit size and type. *American Journal on Mental Retardation, 105*, 431–454.

Sugai, G., Horner, R., Dunlap, G., Lewis, T., Nelson C. M., Scott, T., Liaupsin, C., Ruef, M., Sailor, W., Turnbull, A. P., Turnbull, H. R., Wickham, D., & Wilcox, B. L. (2000). Applying positive behavior support and functional behavioral assessment in schools. *Journal of Positive Behavior Interventions, 2*, 131–143.

Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N. M., & Hack, M. (2000). Middle-school-age outcomes in children with very low birthweight. *Child Development, 71*, 1495–1511.

Taylor, R. L., Richards, S. B., & Brady, M. P. (2005). *Mental retardation: Historical perspectives, current practices, and future directions*. Boston: Allyn & Bacon.

Thomas, C. L. (Ed.). (1985). *Taber's cyclopedic medical dictionary* (15th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Co.

Tomporowski, P. D., & Tinsley, V. (1997). Attention in mentally retarded persons. In W. E. MacLean (Ed.), *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory, and research* (pp. 219–244). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Turner, G., Webb, T., Wake, S., & Robinson, H. (1996). Prevalence of fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics, 64*, 196–197.

Warren, S., & Yoder, P. J. (1997). Communication, language, and mental retardation. In W. E. MacLean (Ed.), *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory, and research* (pp. 379–403). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children—IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Butler, F. M., Miller, S. P., Lee, K., & Pierce, T. (2001). Teaching mathematics to students with mild-to-moderate mental retardation: A review of the literature. *Mental Retardation, 39*, 20–31.

Butterworth, J., & Strauch, J. D. (1994). The relationship between social competence and success in the competitive work place for persons with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 29*, 118–133.

Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J., & Miller-Johnson, S. (2002). Early childhood education: Young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Applied Developmental Science, 6*, 42–57.

Carr, J. (1994). Annotation: Long term outcome for people with Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 425–439.

Chapman, D. A., Scott, K. G., & Mason, C. A. (2002). Early risk factors for mental retardation: Role of maternal age and maternal education. *American Journal on Mental Retardation, 107*, 46–59.

Council for Exceptional Children (2001). Performance-based Standards. Retrieved June 5, 2001 from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html.

Cronin, M. E. (2000). Instructional strategies. In P. L. Sitlington, G. M. Clark, & O. P. Kolstoe, *Transition education and services for adolescents with disabilities* (3rd ed., pp. 255–283). Boston: Allyn & Bacon.

Davis, P. K., & Cuvo, A. J. (1997). Environmental approaches to mental retardation. In D. M. Baer & E. M. Pinkerston (Eds.), *Environment and behavior* (pp. 231–242). Boulder, CO: Westview Press.

Davis, S. (1997). *The Human Genome Project: Examining the Arc's concerns regarding the Human Genome Project's ethical, legal, and social implications.* An address presented at the DOE Human Genome Program Contractor-Grantee Workshop VI. Posted on the World Wide Web by the Human Genome Management Information System. Retrieved July 29, 2001, from www.ornl.gov/hgmis/resource/arc.html.

Delquadri, J., Greenwood, C. R., Stretton, K., & Hall, R. V. (1983). The peer tutoring spelling game: A classroom procedure for increasing opportunity to respond and spelling performance. *Education and Treatment of Children, 6*, 225–239.

Dimitropoulos, A., Feurer, I. D., Butler, M. G., & Thompson, T. (2001). Emergence of compulsive behavior and tantrums in children with Prader-Willi syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 39–51.

Drew, C. J., & Hardman, M. L. (2004). *Mental retardation: A lifespan approach to people with intellectual disabilities* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.

Dykens, E. (2001). Introduction to special issue. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 1–3.

Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes: A new look at behavior and interventions.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Evenhuis, H. M. (1990). The natural history of dementia in Down's syndrome. *Archives of Neurology, 47*, 263–267.

Fidler, D. J., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2002). Behavioral phenotypes and special education: Parent report of educational issues for children with Down syndrome, Prader-Willi syndrome, and Williams syndrome. *The Journal of Special Education, 36*, 80–88.

Frank, A. R., & Sitlington, P. L. (2000). Young adults with mental disabilities: Does transition planning make a difference? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 35*, 119–134.

Fraser, J., & Mitchell, A. (1876). Kalmuc idiocy: Report of a case with autopsy, with notes on sixty-two cases. *Journal of Mental Science, 22*, 161–179.

Gelb, S. A. (2002). The dignity of humanity is not a scientific construct. *Mental Retardation, 40*, 55–56.

Greenwood, C. R. (1991). Longitudinal analysis of time, engagement, and achievement of at-risk versus non-risk students. *Exceptional Children, 57*, 521–532.

Guralnick, M. J., Connor, R. T., & Hammond, M. (1995). Parent perspectives of peer relationships and friendships in integrated and specialized programs. *American Journal on Mental Retardation, 99*, 457–476.

Hagerman, R. J. (2001). Fragile X syndrome. In S. B. Cassidy & J. E. Allanson (Eds.), *Management of genetic syndromes* (pp. 165–183) New York: Wiley-Liss.

Hatton, D. D., Wheeler, A. C., Skinner, M. L., Bailey, D. B., Sullivan, K. M., Roberts, J. E., Mirrett, P., & Clark, R. D. (2003). *American Journal on Mental Retardation, 108*, 373–390.

Heal, L. W., Gonzalez, P., Rusch, F. R., Copher, J. I., & DeStefano, L. (1990). A comparison of successful and unsuccessful placements of youths with mental handicaps into competitive employment. *Exceptionality, 1*, 181–195.

Hodapp, R. M., & Fidler, D. J. (1999). Special education and genetics: Connections for the 21st century. *Journal of Special Education, 33*, 130–137.

Hof, P. R., Bouras, C., Perl, D. P., Sparks, L., Mehta, N., & Morrison, J. H. (1995). Age-related distribution of neuropathologic changes in the cerebral cortex of patients with Down's syndrome. *Archives of Neurology, 52*, 379–391.

Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., & Todd, A. W. (2000). Positive behavior support. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe retardation* (5th ed., pp. 207–243). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Human Genome Project. (2004a, March 11). Human Genome Project information. Retrieved July 21, 2004 from the World Wide Web: www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/home.shtml.

Human Genome Project. (2004b, July 8). Ethical legal and social issues. Retrieved July 21, 2004 from the World Wide Web: www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/elsi/elsi.shtml.

Kasari, C., & Bauminger, N. (1998). Social and emotional development in children with mental retardation. In J. A. Burack, R. M. Hodapp, & E. Zigler (Eds.), Handbook of mental retardation and development (pp. 411–433). New York: Cambridge University Press.

Kasari, C., Freeman, S. F. N., & Hughes, M. A. (2001). Emotion recognition by children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 59–72.

Kaufman, S. Z. (1999). *Retarded isn't stupid, mom!* (Rev. ed.). Baltimore: MD: Paul H. Brookes.

Kuna, J. (2001). The Human Genome Project and eugenics: Identifying the impact on individuals with mental retardation. *Mental Retardation, 39*, 158–160.

Lambert, N., Nihira, K., & Leland, H. (1993). *AAMD Adaptive Behavior Scale-School, 2nd Edition.* Austin, TX: Pro-Ed.

Lucyshyn, G. Dunlap, & R. W. Albin (Eds.), *Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts* (pp. 3–43). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Mahoney, G., & Robenalt, K. (1986). A comparison of conversational patterns between mothers and their Down syndrome and normal infants. *Journal of the Division for Early Childhood, 10*, 172–180.

Mahoney, G., Boyce, G., Fewell, R. R., Spiker, D., & Wheeden, C. A. (1998). The relationship of parent-child interaction to the effectiveness of early intervention services for at-risk children and children with disabilities. *Topics in Early Childhood and Special Education, 18*, 5–17.

McCain, A. P., & Kelley, M. L. (1993). Managing the classroom behavior of an ADHD preschooler: The efficacy of a school-home note intervention. *Child and Family Behavior Therapy, 15*(3), 33–44.

Meadow-Orlans, K. P., Mertens, D. M., & Sass-Lehrer, M. A. (2003). *Parents and their deaf children: The early years*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Meyer, D. J., & Vadasy, P. F. (1994). *Sibshops: Workshops for siblings of children with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Orsmond, G. I., & Seltzer, M. M. (2000). Brothers and sisters of adults with mental retardation: Gendered nature of the sibling relationship. *American Journal on Mental Retardation, 105*, 486–508.

O'Shea, D. J., O'Shea, L. J., Algozzine, R., & Hammitte, D. J. (Eds.). (2001). *Families and teachers of individuals with disabilities: Collaborative orientations and responsive practices*. Boston: Allyn & Bacon.

Parette, H. P., & Petch-Hogan, B. (2000). Approaching families: Facilitating culturally/linguistically diverse family involvement. *Teaching Exceptional Children, 33*(2), 4–10.

Pierro, C. (1995). Talking with your child about disabilities. *Exceptional Parent, 25*(6), 92.

Polloway, E., Bursuck, W., Jayanthi, M., Epstein, M., & Nelson, J. (1996). Treatment acceptability: Determining appropriate interventions within inclusive classrooms. *Intervention in School and Clinic, 31*, 133–144.

Powell, T. H., & Gallagher, P. A. (1993). *Brothers & sisters—A special part of exceptional families* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

Roach, M. A., Barratt, M. S., Miller, J. F., & Leavitt, L. A. (1998). The structure of mother-child play: Young children with Down syndrome and typically developing children. *Developmental Psychology, 34*, 77–87.

Scorgie, K., & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation, 38*, 195–206.

Seaver, A. (2001). Fighting prejudice. *Exceptional Parent, 31*(4), 116.

Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life course impacts of parenting a child with a disability. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 265–286.

Singer, G. H. S. (2002). Suggestion for a pragmatic program of research on families and disability. *The Journal of Special Education, 36*, 148–154.

Singer, G. H. S., Goldberg-Hamblin, S. E., Peckham-Hardin, K. D., Barry, L., & Santarelli, G. E. (2002). Toward a synthesis of family support practices and positive behavior support. In J. M. Lucyshyn, G. Dunlap, & R. W. Albin (Eds.), *Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts* (pp. 155–183). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Skinner, D., Bailey, D. B., Correa, V., & Rodriguez, P. (1999). Narrating self and disability: Latino mothers' construction of identities vis-à-vis their child with special needs. *Exceptional Children, 65*, 481–495.

Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (2000). Fostering family-professional partnerships. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed., pp. 31–66). Columbus, OH: Merrill Prentice-Hall.

Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (2001). *Families, professionals, and exceptionality: Collaborating for empowerment* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

CHAPTER 5

AAMR Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

AAMR. (1999–2004). Fact sheet: Frequently asked questions about mental retardation. Retrieved June 4, 2004 from the World Wide Web: www.aamr.org/Policies/faq_mental_retardation.shtml.

Abbeduto, L., Murphy, M. M., Cawthon, S. W., Richmond, E. K., Weissman, M. D., Karadottir, S., & O'Brien, A. (2003). Receptive language skills of adolescents and young adults with Down or Fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 108*, 149–160.

The Arc. (2001, April 10). Phenylketonuria (PKU). Retrieved July 23, 2004, from www.thearc.org/faqs/pku.html.

Ashbaugh, J. W. (2002). Down the garden path of self-determination. *Mental Retardation, 40*, 416–417.

Bebko, J. M., & Luhaorg, H. (1998). The development of strategy use and metacognitive processing in mental retardation: Some sources of difficulty. In J. A. Burack, R. M. Hodapp, & E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development* (pp. 382–407). New York: Cambridge University Press.

Beirne-Smith, M., Ittenbach, R. F., & Patton, J. R. (2002). *Mental retardation* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.

Belser, R. C., & Sudhalter, V. (2001). Conversational characteristics of children with fragile X syndrome: Repetitive speech. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 28–38.

Bray, N. W., Fletcher K. L., & Turner, L. (1997). Cognitive competencies and strategy use in individuals with mental retardation. In W. E. MacLean (Ed.), *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory, and research* (pp. 197–217). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Browder, D., Flowers, C., Ahlgrim-Delzell, L., Karvonen, M., Spooner, F., & Algozzine, R. (2004). The alignment of alternate assessment content with academic and functional curricula. *The Journal of Special Education, 37*, 211–223.

Browder, D., & Snell, M. E. (2000). Teaching functional academics. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed.). Columbus, OH: Merrill.

Bush, A., & Beail, N. (2004). Risk factors for dementia in people with Down syndrome: Issues in assessment and diagnosis. *American Journal on Mental Retardation, 109*, 83–97.

Wortham, A. (1992, September). Afrocentrism isn't the answer for black students in American society. *Executive Educator. 14*, 23–25.

CHAPTER 4

Alper, S., Schloss, P. J., & Schloss, C. N. (1996). Families of children with disabilities in elementary and middle school: Advocacy models and strategies. *Exceptional Children, 62*, 261–270.

Anderson, L., Larson, S., Lakin, C., & Kwak, N. (2002, August). Children with disabilities: Social roles and family impacts in the NHIS-D. *DD Data Brief, 4*(1), 1–11.

Bell, R. Q., & Harper, L. V. (1977). *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Berry, J. O., & Hardman, M. L. (1998). *Lifespan perspectives on the family and disability*. Boston: Allyn & Bacon.

Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children, 70*, 167–184.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619–647). Washington, DC: American Psychological Association.

Brooks-Gunn, J., & Lewis, M. (1984). Maternal responsivity in interactions with handicapped infants. *Child Development, 55*, 858–868.

Bryan, T. H., Nelson, C., & Mathur, S. (1995). Homework: A survey of primary students in regular, resource, and self-contained classrooms. *Learning Disabilities Research and Practice, 10*, 85–90.

Bryan, T. H., & Sullivan-Burstein, K. (1997). Homework how-to's. *Teaching Exceptional Children, 29*(6), 32–37.

Burke, P. (2004). *Brothers and sisters of children with disabilities*. London: Jessica Kingsley.

Cottone, E. (1998). *Home-school collaboration: Evaluating the effectiveness of a school-home note program for children with ADHD*. Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia, Charlottesville.

Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., & Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. *Pediatrics, 56*, 710–717.

Duis, S. S., Summers, M., & Summers, C. R. (1997). Parent versus child stress in diverse family types: An ecological approach. *Topics in Early Childhood and Special Education, 17*, 53–73.

Dunst, C. J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *The Journal of Special Education, 36*, 139–147.

Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation, 102*, 267–279.

Epstein, M., Munk, D., Bursuck, W., Polloway, E., & Jayanthi, M. (1999). Strategies for improving home-school communication about homework for students with disabilities. *Journal of Special Education, 33*, 166–176.

Featherstone, H. (1980). *A difference in the family: Life with a disabled child*. New York: Basic Books.

Ferguson, P. M. (2002). A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability. *The Journal of Special Education, 36*, 124–130.

Fox, L., Vaughn, B. J., Wyatte, M. L., & Dunlap, G. (2002). "We can't expect other people to understand": Family perspectives on problem behavior. *Exceptional Children, 68*, 437–450.

Gavidia-Payne, S., & Stoneman, Z. (1997). Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. *Child Development, 68*, 701–717.

Gerlach, E. K. (1999). *Just this side of normal: Glimpses into life with autism*. Eugene, OR: Four Leaf Press.

Hallahan, D. P., & Martinez, E. A. (2002). Working with families. In J. M. Kauffman, M. Mostert, S. C. Trent, & D. P. Hallahan (Eds.), *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (3rd ed., pp. 124–140). Boston: Allyn & Bacon.

Hanline, M. F., & Knowlton, A. (1988). A collaborative model for providing support to parents during their child's transition from infant intervention to preschool special education public school programs. *Journal of the Division for Early Childhood, 12*, 116–125.

Harry, B. (2002). Trends and issues in serving culturally diverse families of children with disabilities. *The Journal of Special Education, 36*, 131–138.

Jayanthi, M., Bursuck, W., Epstein, M., & Polloway, E. (1997). Strategies for successful homework. *Teaching Exceptional Children, 30*(1), 4–7.

Jayanthi, M., Sawyer, V., Nelson, J., Bursuck, W., & Epstein, M. (1995). Recommendations for homework-communication problems: From parents, classroom teachers, and special education teachers. *Remedial and Special Education, 16*, 212–225.

Kelley, M. L., (1990). *School-home notes: Promoting children's classroom success*. New York: Guilford Press.

Kelley, M. L., & McCain, A. P. (1995). Promoting academic performance in inattentive children. *Behavior Modification, 19*, 357–375.

Keogh, B. K., Garnier, H. E., Bernheimer, L. P., & Gallimore, R. (2000). Models of child-family interactions for children with developmental delays: Child-driven or transactional? *American Journal on Mental Retardation, 105*, 32–46.

Klinger, J., & Vaughn, S. (1999). Students' perceptions of instruction in inclusion classrooms: Implications for students with learning disabilities. *Exceptional Children, 66*, 23–37.

Kraus, S., Maxwell, K., & McWilliam, R. A. (2001). "Practice" makes perfect: Research looks at family-centered practices in early elementary grades. *Exceptional Parent, 31*(3), 62–63.

Lambie, R. (2000). *Family systems within educational contexts: Understanding at-risk and special-needs students*. Denver, CO: Love Publishing Co.

Lehmann, J. P., & Baker, C. (1995). Mothers' expectations for their adolescent children: A comparison between families with disabled adolescents and those with non-labeled adolescents. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 30*, 27–40.

Lessenberry, B. M., & Rehfeldt, R. A. (2004). Evaluating stress levels of parents with disabilities. (2004). *Exceptional Children, 70*, 231–244.

Lucyshyn, J. M., Horner, R. H., Dunlap, G., Albin, R. W., & Ben, K. R. (2002). Positive behavior support with families. In J. M.

McCourt, F. (1996). *Angela's ashes*. New York: Scribner.

McDonnell, L. M., McLaughlin, M. J., & Morison, P (Eds.). (1997). *Educating one and all: Students with disabilities and standards-based reform*. Washington, DC: National Academy Press.

Mostert, M. P. (2002). Useless eaters: Disability as handicap in Nazi Germany. *Journal of Special Education, 36*, 155–168.

Mui, Y. Q. (2004, April 4). Beyond black and white: What happens at a high school where everyone is a minority? *The Washington Post Magazine*, pp. 23–31, 45.

Mundy, L. (2002, March 31). A world of their own. *The Washington Post Magazine*, pp. 22–29, 38–43.

Osher, D., Cartledge, G., Oswald, D., Sutherland, K. S., Artiles, A. J., & Coutinho, M. (2004). Cultural and linguistic competency and disproportionate representation. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 54–77). New York: Guilford.

Oswald, D. P., & Coutinho, M. J. (2001). Trends in disproportionate representation: Implications for multicultural education. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 53–73). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Ovando, C. J. (1997). Language diversity and education. In J. A. Banks & C. A. M. Banks (Eds.), *Multicultural education: Issues and perspectives* (3rd ed., pp. 272–296). Boston: Allyn & Bacon.

Patton, J. M. (1997). Disproportionate representation in gifted programs: Best practices for meeting this challenge. In A. J. Artiles & G. Zamora-Duran (Eds.), *Reducing disproportionate representation of culturally diverse students in special and gifted education* (pp. 59–85). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Pavri, S. (2001). Loneliness in children with disabilities: How teachers can help. *Teaching Exceptional Children, 33*(6), 52–58.

Peck, A., & Scarpati, S. (2004). Literacy instruction and research. *Teaching Exceptional Children, 36*(6), 71.

Pullen, P. L. (2004). *Brighter beginnings for teachers*. Lanham, MD: Scarecrow Education.

Ravitch, D. (2003). *The language police: How pressure groups restrict what students learn*. New York: Knopf.

Reschly, D. J. (2001, July 13). *Overrepresentation, it's not what you think it is: Equal treatment studies*. Presentation at the Office of Special Education Programs Annual Research Project Directors' Conference, Washington, DC.

Rueda, R., & Kim, S. (2001). Cultural and linguistic diversity as a theoretical framework for understanding multicultural learners with mild disabilities. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 74–89). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Schofield, J. W. (1997). Causes and consequences of the colorblind perspective. In J. A. Banks & C. A. M. Banks (Eds.), *Multicultural education: Issues and perspectives* (3rd ed., pp. 251–271). Boston: Allyn & Bacon.

Singh, N. N. (1996). Cultural diversity in the 21st century: Beyond E Pluribus Unum. *Journal of Child and Family Studies, 5*, 121–136.

Singh, N. N., Baker, J., Winton, A. S. W., & Lewis, D. K. (2000). Semantic equivalence of assessment instruments across cultures. *Journal of Child and Family Studies, 9*, 123–134.

Singh, N. N., Ellis, C. R., Oswald, D. P., Wechsler, H. A., & Curtis, W. J. (1997). Value and address diversity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 5*, 24–35.

Spencer, J. M. (1997). *The new colored people: The mixed-race movement in America*. New York: New York University Press.

Takaki, R. (1994). Interview: Reflections from a different mirror. *Teaching Tolerance, 3*(1), 11–15.

Taylor, R. L. (1997). *Assessment of exceptional students: Educational and psychological procedures* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Terwilliger, J. (1997). Semantics, psychometrics, and assessment reform: A close look at "authentic" assessments. *Educational Researcher, 26*(8), 24–27.

Thomas, C. (1998, April 22). Do we educate our children or preserve an institution? *Charlottesville Daily Progress*, p. A8.

Thurlow, M. L., Nelson, J. R., Teelucksingh, W., & Draper, I. L. (2001). Multiculturalism and disability in a results-based educational system: Hazards and hopes for today's schools. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 155–172). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Tyler, N. C., Yzquierdo, Z., Lopez-Reyna, N., & Flippin, S. S. (2004). Cultural and linguistic diversity and the special education workforce: A critical overview. *The Journal of Special Education, 38*, 22–38.

Utley, C. A., & Obiakor, F. E. (Eds.). (2001a). *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Utley, C. A., & Obiakor, F. E. (2001b). Learning problems or learning disabilities of multicultural learners: Contemporary perspectives. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 90–117). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Utley, C. A., & Obiakor, F. E. (2001c). Multicultural education and special education: Infusion for better schooling. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 3–29). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

U.S. Department of Education. (1997). *Nineteenth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

Van Keulen, J. E., Weddington, G. T., & DeBose, C. E. (1998). *Speech, language, learning, and the African American child*. Boston: Allyn & Bacon.

Walker, T. (2000). Street smart: Sidewalk libraries open a world of learning for urban youth. *Teaching Tolerance, 17*, 22–25.

Welsh, P. (2004, June 20). When the street and the classroom collide. *The Washington Post*, pp. B1, B4.

Wiesel, E. (2004, July 4). The America I love. *Parade*, pp. 4–5.

Wilkins, R. (2001). *Jefferson's pillow: The founding fathers and the dilemma of black patriotism*. Boston: Beacon.

Williams, P. J. (1998a). In living black and white. *Washington Post Magazine*, pp. 19–20, 30.

Williams, P. J. (1998b). *Seeing a color-blind future*. New York: Noonday Press.

Franklin, M. E. (1992). Culturally sensitive instructional practices for African-American learners with disabilities. *Exceptional Children*, 59, 115–122.

Fuchs, L. S., & Fuchs, D. (1997). Use of curriculum-based measurement in identifying students with disabilities. *Focus on Exceptional Children*, 30(3), 1–16.

Fujiura, G. T., & Yamaki, K. (2000). Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children*, 66, 187–199.

Fulk, B. M., & King, K. (2001). Classwide peer tutoring at work. *Teaching Exceptional Children*, 34(2), 49–53.

Gallucci, J. P. (2000). Signs of remembrance: A school for the deaf celebrates Dia de los Muertos. *Teaching Tolerance*, 18, 30–31.

Gelman, J. A., Pullen, P. L., & Kauffman, J. M. (2005). The meaning of highly qualified and a clear roadmap to accomplishment. *Exceptionality*, 12, 195–207.

Gersten, R., & Baker, S. (2000). What we know about effective instructional practices for English-language learners. *Exceptional Children*, 66, 454–470.

Gersten, R., Brengelman, S., & Jimenez, R. (1994). Effective instruction for culturally and linguistically diverse students: A reconceptualization. *Focus on Exceptional Children*, 27(1), 1–16.

Gersten, R., & Woodward, J. (1994). The language-minority student and special education: Issues, trends, and paradoxes. *Exceptional Children*, 60, 310–322.

Glazer, N. (1997). *We are all multiculturalists now*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Glazer, N. (1998). In defense of preference. *The New Republic*, 218(14), 18–21, 24–25.

Gollnick, D. M., & Chinn, P. C. (1994). *Multicultural education in a pluralistic society* (4th ed.). New York: Macmillan.

Greenwood, C. R., Arrega-Mayer, C., Utley, C. A., Gavin, K. M, & Terry, B. J. (2001). Classwide peer tutoring learning management system: Applications with elementary-level English language learners. *Remedial and Special Education*, 22, 34–47.

Hadadi, R. (2004, April 14). Letters to the editor: Montgomery Blair's distinct diversity. *The Washington Post*, p. A24.

Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1994). Toward a culture of disability in the aftermath of Deno and Dunn. *Journal of Special Education*, 27, 496–508.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hammill, D. D. (2004). What we know about correlates of reading. *Exceptional Children*, 70, 453–468.

Harrison, M. M. (2000). Stories waiting to be told: Refugee students find their voices in two Midwestern communities. *Teaching Tolerance*, 18, 39–44.

Hirsch, E. D. (1996). *The schools we need and why we don't have them*. New York: Doubleday.

Hirsch, S. (2004, May 10). Annals of national security: Torture at Abu Ghraib. *The New Yorker*, pp. 42–47.

Horwitz, S. (1998, April 5). Lessons in black and white; crossing color lines in room 406 with Miss Kay and her kids. *The Washington Post*, p. F1.

Hosp, J. L., & Reschly, D. J. (2004). Disproportionate representation of minority students in special education: Academic, demographic, and economic predictors. *Exceptional Children*, 70, 185–199.

Ishii-Jordan, S. (1997). When behavior differences are not disorders. In A. J. Artiles & G. Zamora-Duran (Eds.), *Reducing disproportionate representation of culturally diverse students in special and gifted education* (pp. 27–46). Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Jones, C. J. (2001a). CBAs that work: Assessing students' math content-reading levels. *Teaching Exceptional Children*, 34(1), 24–28.

Jones, C. J. (2001b). Teacher-friendly curriculum-based assessment in spelling. *Teaching Exceptional Children*, 34(2), 32–38.

Jones, E. P. (2003). *The known world*. New York: Harper Collins.

Kauffman, J. M. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children*, 65, 448–468.

Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youths* (7th ed.). New York: Merrill/Macmillan.

Kauffman, J. M. (2003). Appearances, stigma, and prevention. *Remedial and Special Education*, 24, 195–198.

Kauffman, J. M. & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., McGee, K., & Brigham, M. (2004). Enabling or disabling? Observations on changes in special education. *Phi Delta Kappa*, 85, 613–620.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Kennicott, P. (2004, May 5). A wretched new picture of America: Photos from Iraq show we are our own worst enemy. *The Washington Post*, pp. C1, C11.

Keogh, B. K. (2003). *Temperament in the classroom: Understanding individual differences*. Baltimore: Brookes.

Keogh, B. K., Gallimore, R., & Weisner, T. (1997). A sociocultural perspective on learning and learning disabilities. *Learning Disabilities Research and Practice*, 12, 107–113.

King, C. I. (2004, February 1). The Kings of Foggy Bottom. *The Washington Post Magazine*, pp. 8–9, 20–25.

Kline, S. A., Simpson, R. L., Blesz, D. P., Myles, B. S., & Carter W. J. (2001). School reform and multicultural learners with emotional and behavioral disorders: Issues, challenges, and solutions. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 118–129). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Leake, D., & Leake, B. (1992). African-American immersion schools in Milwaukee: A view from inside. *Phi Delta Kappan*, 73, 783–785.

Lewis, A. C. (2004). Desegragation and degeneration. *Phi Delta Kappan*, 85 643–644.

MacMillan, D. L., & Reschly, D. J. (1998). Overrepresentation of minority students: The case for greater specificity or reconsideration of the variables examined. *Journal of Special Education*, 32, 15–24.

MacMillan, D. L., Gresham, F. M., Lopez, M. F., & Bocian, K. M. (1996). Comparison of students nominated for prereferral interventions by ethnicity and gender. *Journal of Special Education*, 30, 133–151.

McAfee, M. (2000). Welcome to Park Day School: A bay area teacher shares her independent school's commitment to community. *Teaching Tolerance*, 18, 24–29.

special education settings. *Journal of Special Education, 36*(2), 58–68.

Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services.* Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wyer, K. (2001, Spring). The Great Equalizer: Assistive technology launches a new era in inclusion. *Teaching Tolerance,* Number 19.

Yell, M. L. (1998). *The law and special education.* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Yell, M. L. (in press). *The law and special education* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Yell, M. L., & Drasgow, E. (2005). *No child left behind: A guide for professionals.* Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

Yell, M. L., Rozalski, M. E., & Drasgow, E. (2001). Disciplining students with disabilities. *Focus on Exceptional Children, 33*(9), 1–20.

Yell, M. L., & Shriner, J. G. (1997). The IDEA amendments of 1997: Implications for special and general education teachers, administrators, and teacher trainers. *Focus on Exceptional Children, 30*(1), 1–19.

Zigler, E., Hodapp, R. M., & Edison, M. R. (1990). From theory to practice in the care and education of mentally retarded individuals. *American Journal on Mental Retardation, 95*(1), 1–12.

Zigmond, N. (1995). An exploration of the meaning and practice of special education in the context of full inclusion of students with learning disabilities. *Journal of Special Education, 29,* 109–115.

Zigmond, N. (2003). Where should students with disabilities receive special education services? Is one place better than another? *The Journal of Special Education, 37,* 193–199.

Zigmond, N., & Baker, J. M. (1995). Concluding comments: Current and future practices in inclusive schooling. *Journal of Special Education, 29,* 245–250.

Zigmond, N., Jenkins, J., Fuchs, L. S., Deno, S., Fuchs, D., Baker, J. N., Jenkins, L., & Couthino, M. (1995). Special education in restructured schools: Findings from three multi-year studies. *Phi Delta Kappan, 76,* 531–540.

Zigmond, N., & Miller, S. E. (1992). Improving high school programs for students with learning disabilities: A matter of substance as well as form. In F. R. Rusch, L. DeStefano, J. Chadsey-Rusch, L. A. Phelps, & E. Szymanski (Eds.), *Transition from school to adult life* (pp. 17–31). Sycamore. IL: Sycamore Publishing.

Zurkowski, J. K., Kelly, P. S., & Griswold, D. E. (1998). Discipline and IDEA 1997: Instituting a new balance. *Intervention in School and Clinic, 34,* 3–9.

CHAPTER 3

Artiles, A. J., Trent, S. C., Hoffman-Kipp, P., & Lopez-Torres, L. (2000). From individual acquisition to cultural-historical practices in multicultural teacher education. *Remedial and Special Education, 21,* 79–89, 120.

Artiles, A. J., & Zamora-Duran, G. (Eds.). (1997). *Reducing disproportionate representation of culturally diverse students in special education.* Reston, VA: Council for Exceptional Children.

Ascher, C. (1992). School programs for African-American males . . . and females. *Phi Delta Kappan, 73,* 777–782.

Associated Press. (2004, April 18). Gay teens harassed at school: Persecution leads to law. *Charlottesville Daily Progress,* p. A11.

Banks, J. A. (1997). *Teaching strategies for ethnic studies* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Banks, J. A., & Banks, C. A. M. (Eds.). (1997). *Multicultural education: Issues and perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bateman, B. D. (1994). Who, how, and where: Special education's issues in perpetuity. *Journal of Special Education, 27,* 509–520.

Bell, K. (2004). GLSEN in tough times: Training educators about LGBT issues in a challenging political, economic. and educational climate. *Beyond Behavior, 13*(2), 29–30.

Bennett, L. (2000). Equality by design: Three charter schools try new approaches to integration. *Teaching Tolerance, 17,* 43–49.

Cartledge, G. (2004). Another look at the impact of changing demographics on public education for culturally diverse learners with behavior problems: Implications for teacher preparation. In L. M. Bullock & R. A. Gable (Eds.), *Quality personnel preparation in emotional/behavioral disorders: Current perspectives and future directions* (pp. 64–69). Denton, TX: Institute for Behavioral and Learning Differences at the University of North Texas.

Cartledge, G., & Loe, S. A. (2001). Cultural diversity and social skill instruction. *Exceptionality, 9,* 33–46.

Cho, S., Singer, G. H. S., & Brenner, M. (2000). Adaptation and accommodation to young children with disabilities: A comparison of Korean and Korean American parents. *Topics in Early Childhood Special Education, 20,* 236–249.

Collins, K. (2000). No place for bigotry: An anti-bias club changes the atmosphere at a suburban high school. *Teaching Tolerance, 17.*

Council for Exceptional Children. (1997). Making assessments of diverse students meaningful. *CEC Toddy, 4*(4), 1, 9.

Council for Exceptional Children. (2000). Improving results for culturally and linguistically diverse students. *Research Connections in Special Education, 7.*

Coutinho, M. J., & Oswald, D. P. (2000). Disproportionate representation in special education: A synthesis and recommendations. *Journal of Child and Family Studies, 9,* 135–156.

Dadurka, D. (2004, April 22). Ruffner's life, work honored. *Charlottesville Daily Progress,* p. A2.

DeGarcia, B. (2004, April 14). Letters to the editor: Montgomery Blair's distinct diversity. *The Washington Post,* p. A24.

Delpit, L. D. (1988). The silenced dialogue: Power and pedagogy in educating other people's children. *Harvard Educational Review, 58,* 280–298.

Delpit, L. (1995). *Other people's children: Cultural conflict in the classroom.* New York: New Press.

Elksnin, L. K., & Elksnin, N. (2000). Teaching parents to teach their children to be prosocial. *Intervention in School and Clinic, 36,* 27–35.

Elliot, B. (2000). Finding my stride: A gay student takes the bold step of being true to himself. *Teaching Tolerance, 17,* 40–41.

Evertson, C. M., & Weinstein, C. S. (Eds.). (in press). *Handbook of classroom management: Research, practice, and contemporary issues.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ford, B. A., Obiakor, F. E., & Patton, J. M. (Eds.). (1995). *Effective education of African American exceptional learners: New perspectives.* Austin, TX: Pro-Ed.

Ford, D. Y. (1998). The under-representation of minority students in gifted education: Problems and promises in recruitment and retention. *Journal of Special Education, 32,* 4–14.

Safran, S. P. (2001). Movie images of disability and war: Framing history and political ideology. *Remedial and Special Education, 22*, 223–232.

Sale, P., & Carey, D. M. (1995). The sociometric status of students with disabilities in a full-inclusion school. *Exceptional Children, 62*, 6–19.

Sasso, G. M. (2001). The retreat from inquiry and knowledge in special education. *Journal of Special Education, 34*, 178–193.

Sasso, G. M., Conroy, M. A., Stichter, J. P., & Fox, J. J. (2001). Slowing down the bandwagon: The misapplication of functional assessment for students with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 26*, 269–281.

Schwartz, A. A., Jacobson, J. W., & Holburn, S. C. (2000). Defining person centeredness: Results of two consensus methods. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 35*, 235–249.

Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1996). Teacher perceptions of mainstreaming/inclusion, 1958–1995: A research synthesis. *Exceptional Children, 63*, 59–74.

Semmel, M. I., Abernathy, T. V., Butera, G., & Lesar, S. (1991). Teacher perceptions of the regular education initiative. *Exceptional Children, 58*(1), 9–24.

Sitlington, P. L., Clark, G. M., & Kolstoe, O. P. (2000). *Transition education and services for adolescents with disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Skiba, R. J., & Peterson, R. L. (2000). School discipline at a crossroads: From zero tolerance to early response. *Exceptional Children, 66*, 335–346.

Smith, B. J. (2000). The federal role in early childhood special education policy in the next century: The responsibility of the individual. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*, 7–13.

Smith, J. D. (Ed.). (1998). The history of special education: Essays honoring the bicentennial of the work of Jean Itard [Special issue]. *Remedial and Special Education, 19*(4).

Sprague, J., & Walker, H. (2000). Early identification and intervention for youth with antisocial and violent behavior. *Exceptional Children, 66*, 367–379.

Stainback, S., & Stainback, W. (1992). Schools as inclusive communities. In W. Stainback & S. Stainback (Eds.), *Controversial issues confronting special education: Divergent perspectives* (pp. 29–43). Boston: Allyn & Bacon.

Stancliffe, R. J., Abery, B. H., & Smith, J. (2000). Personal control and the ecology of community living settings: Beyond living-unit size and type. *American Journal on Mental Retardation, 105*, 431–454.

Strain, P. S. (2001). Empirically-based social skills intervention: A case for quality of life improvement. *Behavioral Disorders., 27*, 30–36.

Strain, P. S., & Timm, M. A. (2001). Remediation and prevention of aggression: An evaluation of the Regional Intervention Program over a quarter century. *Behavioral Disorders, 26*, 297–313.

Stroman, D. F. (2003). *The disability rights movement: From deinstitutionalization to self-determination.* Lanham, MD: University Press of America.

Sugai, G., & Horner, R. H. (Eds.), (1999–2000). Functional behavioral assessment. *Exceptionality, 8*(3) [special issue].

Sugai, G., Sprague, J. R., Horner, R. H., & Walker, H. M. (2000). Preventing school violence: The use of office discipline referrals to assess and monitor school-wide discipline interventions. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*, 94–101.

Switzer, J. V. (2003). *Disabled rights: American disability policy and the fight for equality.* Washington, DC: Georgetown University Press.

Thurlow, M. L. (2000). Standards-based reform and students with disabilities: Reflections on a decade of change. *Focus on Exceptional Children, 33*(3), 1–16.

Thurlow, M. L., Nelson, J. R., Teelucksingh, W., & Draper, I. L. (2001). Multiculturalism and disability in a results-based educational system: Hazards and hopes for today's schools. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 155–172). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Tindal, G., Heath, B., Hollenbeck, K., Almond, P., & Harniss, M. (1998). Accommodating students with disabilities on large-scale tests: An experimental study. *Exceptional Children, 64*, 439–450.

Tomlinson, C. A. (2001). *How to differentiate instruction in mixed-ability classrooms* (2nd ed.). Alexandria, VA: ASCD.

Tregaskis, C. (2004). *Constructions of disability: Researching the interface between disabled and non-disabled people.* New York: Routledge.

University of Minnesota. (1999, October). Behavioral outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual disabilities: A review of studies conducted between 1980 and 1999. *Policy Research Brief, 10*(1), 1–11.

Utley, C. A., Mortweet, S. L., & Greenwood, C. R. (1997). Peer-mediated instruction and interventions. *Focus on Exceptional Children, 29*(5), 1–23.

Vaughn, S., Bos, C., & Schumm, J. S. (1997). *Teaching mainstreamed, diverse, and at-risk students in the general education classroom.* Boston: Allyn & Bacon.

Vaughn, S., & Fuchs, L. S. (2003). Redefining learning disabilities as inadequate response to instruction: The promise and potential problems. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 137–146.

Vaughn, S. Moody, S. W., & Schumm, J. S. (1998). Broken promises: Reading instruction in the resource room. *Exceptional Children, 64*, 211–225.

Vaughn, S., Schumm, J. S., & Arguelles, M. E. (1997). The ABCDEs of co-teaching. Teaching *Exceptional Children, 30*(2), 4–10.

Vaughn, S., Elbaum, B., & Boardman, A. G. (2001). The social functioning of students with learning disabilities: Implications for inclusion. *Exceptionality, 9*, 47–65.

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school: Strategies and best practices* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Walsh, J. M., & Jones, B. (2004). New models of cooperative teaching. *Teaching Exceptional Children, 36*(5), 14–20.

Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Agran, M., Mithaug, D. E., & Martin, J. E. (2000). Promoting causal agency: The self-determined learning model of instruction. *Exceptional Children, 66*, 439–453.

Weiss, M. P., & Brigham, F. J. (2000). Co-teaching and the model of shared responsibility: What does the research support? In T. E. Scruggs & M. A. Mastropieri (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities: Educational interventions.* Stamford, CT: JAI Press.

Weiss, M. P., & Lloyd, J. W. (2002). Congruence between roles and actions of secondary special educators in co-taught and

pers at Lowe's? *The Washington Post Magazine*, pp. 10–15. 20, 26–30.

Lerner, W., Lowenthal, B., & Egan, R. (1998). *Preschool children with special needs: Children at-risk, children with disabilities.* Boston: Allyn & Bacon.

Lieberman, L. M. (1992). Preserving special education . . . for those who need it. In W. Stainback & S. Stainback (Eds.), *Controversial issues confronting special education: Divergent perspectives* (pp. 13–15). Boston: Allyn & Bacon.

Longmore, P. K., & Umansky, L. (Eds.). (2001). *The new disability history: American perspectives.* New York: New York University Press.

MacMillan, D. L., Widaman, K. F., Balow, I. H., Borthwick-Duffy, S., Hendrick, I. G., & Hemsley, R. E. (1992). Special education students exiting the educational system. *Journal of Special Education, 26*(1), 20–36.

Maheady, L., Harper, G. F., & Mallette, B. (2001). Peer-mediated instruction and interventions with students with mild disabilities. *Remedial and Special Education, 22*, 4–14.

Martella, R. C., Nelson, J. R., & Marchand-Martella, N. E. (2003). *Managing disruptive behaviors in the schools: A schoolwide, classroom, and individualized learning approach.* Boston: Allyn & Bacon.

Martin, E. W. (1994). Case studies on inclusion: Worst fears realized. *Journal of Special Education, 29*, 192–199.

Martin, F. D. (Ed.). (2001). *Significant disability: Issues affecting people with significant disabilities from a historical, policy, leadership, and systems perspective.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Mathiason, C. S. (1997, February 15). *DPI advocates for a "disability-friendly" International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH).* Retrieved from http://www.escape.ca/~dpi/icicdh.html

McConnell, M. E., Hilvitz, P. B., & Cox, C. J. (1998). Functional assessment: A systematic process for assessment and intervention in general and special education classrooms. *Intervention in School and Clinic, 34*, 10–20.

McCray, A. D., Vaughn, S., & Neal, L. I. (2001). Not all students learn to read by third grade: Middle school students speak out about their reading disabilities. *Remedial and Special Education, 35*, 17–30.

McNeil, L. M. (2000). Creating new inequalities: Contradictions of reform. *Phi Delta Kappan, 81*, 729–734.

Michalko, R. (2002). *The difference that disability makes.* Philadelphia: Temple University Press.

Miller, S. P. (2002). *Validated practices for teaching students with diverse needs and abilities.* Boston: Allyn & Bacon.

Mills, P. E., Cole, K. N., Jenkins, J. R., & Dale, P. S. (1998). Effects of differing levels of inclusion on preschoolers with disabilities. *Exceptional Children, 65*, 79–90.

Mitchell, R. (2004, April 27). Dumbing down our schools. *The Washington Post*, p. A21.

Mock, D. R., Jakubecy, J. J., & Kauffman, J. M. (2003). Special education, history of. In J. W. Guthrie (Ed.), *Encyclopedia of education* (2nd ed., pp. 2278–2284). New York: Macmillan Reference.

Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2002). Preparing teachers for full inclusion: Is it possible? *The Teacher Educator, 37*, 202–215.

Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2005). The delusion of full inclusion. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & R. M. Foxx (Eds.). *Fads: Dubious and improbable treatments for developmental disabilities* (pp. 113–128). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Moody, S. W., Vaughn, S., Hughes, M. T., & Fischer, M. (2000). Reading instruction in the resource room: Set up for failure. *Exceptional Children, 66*, 305–316.

Moon, M. S., & Inge, K. (2000). Vocational preparation and transition. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed., pp. 591–628). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Mostert, M. P., Kauffman, J. M., & Kavale, K. A. (2003). Truth and consequences. *Behavioral Disorders, 28*, 333–347.

Murawski, W. W., & Swanson, H. L. (2001). A meta-analysis of co-teaching research: Where are the data? *Remedial and Special Education, 22*, 258–267.

Nelson, J. R., Roberts, M., Mather, S., & Rutherford, R. J. (1999). Has public policy exceeded our knowledge base? A review of the functional behavioral assessment literature. *Behavioral Disorders, 24*, 169–179

Noell, G. H., Witt, J. C., LaFleur, L. H., Mortenson, B. P., Rainer, D. D., & LeVelle, J. (2000). Increasing intervention implementation in general education following consultation: A comparison of two follow-up strategies. *Journal of Applied Behavior Analysis, 33*, 271–284.

Odom, S. L. (2000). Preschool inclusion: What we know and where we go from here. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*, 20–27.

Palmer, D. S., Fuller, K., Arora, T., & Nelson, M. (2001). Taking sides: Parent views on inclusion for their children with severe disabilities. *Exceptional Children, 67*, 467–484.

Palmer, S. B., & Wehmeyer, M. L. (2003). Promoting self-determination in early elementary school: Teaching self-regulated problem-solving and goal-setting skills. *Remedial and Special Education, 24*, 115–126.

Peck, S. (2004). Communication made easier: Facilitating transitions for students with multiple disabilities. *Teaching Exceptional Children, 36*(5), 60–63.

Pisha, B. & Coyne, P. (2001). Smart from the start: The promise of universal design or learning. *Remedial and Special Education, 22*, 197–203.

Pomplun, M. (1997). When students with disabilities participate in cooperative groups. *Exceptional Children, 64*, 49–58.

Pugach, M. C., & Warger, C. L. (2001). Curriculum matters: Raising expectations for students with disabilities. *Remedial and Special Education, 22*, 194–196.

Raspberry, W. (2004, May 3). No child's failure. *The Washington Post*, p. A21.

Ravitch, D. (2003). *The language police: How pressure groups restrict what students learn.* New York: Knopf.

Raynes, M., Snell, M., & Sailor, W. (1991). A fresh look at categorical programs for children with special needs. *Phi Delta Kappan, 73*(4), 326–331.

Rueda, R., Gallego, M. A., & Moll, L. C. (2000). The least restrictive environment: A place or a context? *Remedial and Special Education, 21*, 70–78.

Ruef, M. B., Higgins, C., Glaeser, B. J. C., & Patnode, M. (1998). Positive behavioral support: Strategies for teacher. *Intervention in School and Clinic, 34*, 21–32.

Safran, S. P. (1998). Disability portrayal in film: Reflecting the past, directing the future. *Exceptional Children, 64*, 227–238.

Jakubecy, J. J., Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2003). Special education, current trends. In J. W. Guthrie (Ed.), *Encyclopedia of education* (2nd ed., pp. 2284–2290). New York: Macmillan Reference.

Johns, B. H. (2003). NCLB and IDEA: Never the twain should meet. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 12*(3), 89–91.

Johnson, E. S., Kimball, K., Brown, S. O., & Anderson, D. (2001). A statewide review of the use of accommodations in large-scale, high-stakes assessments. *Exceptional Children, 67*, 251–264.

Kaiser, A. P. (Ed.) (2000). Special issue: Assessing and addressing problems in children enrolled in Head Start. *Behavioral Disorders, 26*(1).

Kastor, E. (1997, June 19). Ready, willing, and disabled: Women at global forum turn the wheelchairs of progress. *The Washington Post*, p. D1.

Katsiyannis, A., & Magg, J. W. (2001). Manifestation determination as a golden fleece. *Exceptional Children, 68*, 85–96.

Kauffman, J. M. (1989). The regular education initiative as a Reagan-Bush education policy: A trickle-down theory of education of the hard-to-teach. *Journal of Special Education, 2*, 256–278.

Kauffman, J. M. (1999a). Today's special education and its messages for tomorrow. *Journal of Special Education, 32*, 244–254.

Kauffman, J. M. (1999b). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children, 65*, 448–468.

Kauffman, J. M. (1999–2000). The special education story: Obituary, accident report, conversion experience, reincarnation, or none of the above? *Exceptionality, 8*(1), 61–71.

Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education*. Lanham, MD: Scarecrow Education.

Kauffman, J. M. (2003). Appearances, stigma, and prevention. *Remedial and Special Education, 24*, 195–198.

Kauffman, J. M. (2004). The president's commission and the devaluation of special education. *Education and Treatment of Children, 27* 307–324

Kauffman, J. M. (2005a). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Kauffman, J. M. (2005b). How we prevent the prevention of emotional and behavioural difficulties in education. In P. Clough, P. Garner, & J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioral difficulties in education* (pp. 366–376). London: Sage.

Kauffman, J. M., Bantz, J., & McCullough, J. (2002). Separate and better: A special public school class for students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality, 10*, 149–170.

Kauffman, J. M., & Brigham, F. J. (2000). Editorial: Zero tolerance and bad judgment in working with students with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 26*, 5–6.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1993). Toward a comprehensive delivery system: The necessity of identity, focus, and authority for special education and other compensatory programs. In J. I. Goodlad & T. C. Lovitt (Eds.), *Integrating general and special education* (pp. 73–102). Columbus, OH: Merrill.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1997). A diversity of restrictive environments: Placement as a problem of social ecology. In J. W. Lloyd, E. J. Kame'enui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 325–342). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005a). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2005b). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2005). Educational service interventions and reforms. In J. W. Jacobson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation and developmental disabilities*. New York: Kluwer.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A history of their education*. Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Lloyd, J. W. (1995). A sense of place: The importance of placement issues in contemporary special education. In J. M. Kauffman, J. W. Lloyd, D. P. Hallahan, & T. A. Astuto (Eds.), *Issues in educational placement: Students with emotional and behavioral disorders* (pp. 3–19). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kauffman, J. M., Lloyd, J. W., Hallahan, D. P., & Astuto, T. A. (1995). Toward a sense of place for special education in the twenty-first century. In J. M. Kauffman, J. W. Lloyd, D. P. Hallahan, & T. A. Astuto (Eds.), *Issues in educational placement: Students with emotional and behavioral disorders* (pp. 379–385). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kauffman, J. M., McGee, K., & Brigham, M. (2004). Enabling or disabling? Observations on changes in the purposes and outcomes of special education. *Phi Delta Kappan, 85*, 613–620.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006).*Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Wiley, A. L. (2004). How the President's Commission on Excellence in Special Education (PCESE) devalues special education. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 13*, 3–6.

Kavale, K. A., & Forness, S. R. (2000). History, rhetoric, and reality: Analysis of the inclusion debate. *Remedial and Special Education, 21*, 279–296.

Klinger, J. K., Vaughn, S., Schumm, J. S., Cohen, P., & Forgan, J. W. (1998). Inclusion or pull-out: Which do students prefer? *Journal of Learning Disabilities, 31*, 148–158.

Kohler, P. D. (1998). Implementing a transition perspective of education: A comprehensive approach to planning and delivering secondary education and transition services (pp. 179–205). In F. R. Rusch & J. G. Chadsey (Eds.), *Beyond high school: Transition from school to work*. Belmont, CA: Wadsworth.

Kuppers, P. (2001). *Disability and contemporary performance: Bodies on edge*. New York: Routledge.

Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (Eds.). (2001). *Deinstitutionalization: Promise and problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

Landesman, S., & Butterfield, E. C. (1987). Normalization and deinstitutionalization of mentally retarded individuals: Controversy and facts. *American Psychologist, 42*, 809–816.

Laski, F. J. (1991). Achieving integration during the second revolution. In L. H. Meyer, C. A. Peck, & L. Brown (Eds.), *Critical issues in the lives of people with severe disabilities* (pp. 409–421). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Leahy, M. (2004, April 18). A job for Sarah: Can a mildly retarded young woman find success and independence greeting shop-

Dupre, A. P. (1997). Disability and the public schools: The case against "inclusion." *Washington Law Review, 72*, 775–858.

Dupre, A. P. (2000). A study in double standards, discipline, and the disabled student. *Washington Law Review, 75*(1).

Dwyer, K. P., Osher, D., & Hoffman, C. C. (2000). Creating responsive schools: Contextualizing early warning, timely response. *Exceptional Children, 66*, 347–365.

Falk, K. B., & Wehby, J. H. (2001). The effects of peer-assisted learning strategies on the beginning reading skills of young children with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 26*, 344–359.

Fallis, D. S. (2004a, May 23). A dangerous place. Assisted living in Virginia. As care declines, cost can be injury, death. *The Washington Post*, pp. A1, A15–A17.

Fallis, D. S. (2004b, May 24). A dangerous place. A volatile mix of residents. In Vax's assisted living homes, violent preyed on the vulnerable. *The Washington Post*, pp. A1, A6–A7.

Fallis, D. S. (2004c, May 25). A dangerous place. Lost in life and death. Assisted living facility's chaos bred wide neglect. *The Washington Post*, pp. A1, A6.

Fallis, D. S. (2004d, May 26). A dangerous place. Failure to regulate. Weak laws let deficient facilities stay open. *The Washington Post*, pp. A1, A12–A13.

Fennick, E. (2001). Coteaching: An inclusive curriculum for transition. *Teaching Exceptional Children, 33*(6), 60–66.

Fiedler, C. R., & Simpson, R. L. (1987). Modifying the attitudes of nonhandicapped high school students toward handicapped peers. *Exceptional Children, 53*, 342–349.

Finn, C. E., Jr., Rotherham, A. J., & Hokanson, C. R., Jr. (Eds.). (2001). *Rethinking special education for a new century*. New York: Thomas B. Fordham Foundation.

Fox, N., & Ysseldyke, J. E. (1997). Implementing inclusion at the middle school level: Lessons from a negative example. *Exceptional Children, 64*, 81–98.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (1991). Framing the REI debate: Abolitionists versus conservationists. In J. W. Lloyd, N. N. Singh, & A. C. Repp (Eds.), *The regular education initiative: Alternative perspectives on concepts, issues, and models* (pp. 241–255). Sycamore, IL: Sycamore Publishing.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (1994). Inclusive schools movement and the radicalization of special education reform. *Exceptional Children, 60*, 294–309.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., Thompson, A., Svenson, E., Yanb, L., Otaiba, S. A., Yang, N., McMaster, K. N., Prentice, K., Kazdan, S., & Saenz, L. (2001). Peer-assisted learning strategies in reading: Extensions for kindergarten, first grade, and high school *Remedial and Special Education, 22*, 15–21.

Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P. L., & Young, C. L. (2003). Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities Research and Practice, 18*, 157–171.

Fuchs, L. S., Fuchs, D., Eaton, S. B., Hamlett, C. L., & Karns, K. M. (2000). Supplementing teacher judgments of mathematics test accommodations with objective data sources. *School Psychology Review, 29*, 65–85.

Fulk, B. M., & King, K. (2001). Classwide peer tutoring at work. *Teaching Exceptional Children, 34*(2), 49–53.

Furney, K. S., Hasazi, S. B., & DeStefano, L. (1997). Transition policies, practices, and promises: Lessons from three states. *Exceptional Children, 63*, 343–355.

Gallagher, J. J. (1972). The special education contract for mildly handicapped children. *Exceptional Children, 38*, 527–535.

Gallagher, P. A., Rhodes, C. A., & Darling, S. M. (2004). Parents as professionals in early intervention: A parent educator model. *Topics in Early Childhood Special Education, 24*, 5–13.

Gardner, R., Cartledge, G., Seidl, B., Woolsey, M. L., Schley, G. S., & Utley, C. A. (2001). Mt. Olivet after-school program: Peer-mediated interventions for at-risk students. *Remedial and Special Education, 22*, 22–33.

Garrett, J. N., Thorp, E. K., Behrmann, M. M., & Denham, S. A. (1998). The impact of early intervention legislation: Local perceptions. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*, 183–189.

Gartner, A., & Joe, T. (1986). Introduction. In A. Gartner & T. Joe (Eds.), *Images of the disabled/disabling images*. New York: Praeger.

Gliona, M. F., Gonzales, A. K., & Jacobson, E. S. (2005). Suggested changes in thinking about instructional environments and in the language of special education. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed., pp. 135–146). Austin, TX: Pro-Ed.

Greenwood, C. R., Arrega-Mayer, C., Utley, C. A., Gavin, K. M., & Terry, B. (2001). Classwide peer tutoring learning management system: Applications with elementary-level English language learners. *Remedial and Special Education, 22*, 34–47.

Grigal, M., Test, D. W., Beattie, J., & Wood, W. M. (1997). An evaluation of transition components of individualized education programs. *Exceptional Children, 63*, 357–372.

Grim, R. (2004, May 2). No rhyme, for no good reason. *The Washington Post*, p. B8.

Groopman, J. (2003, November 10). Annals of medicine: The Reeve effect. *The New Yorker*, pp. 82–93.

Guterman, B. R. (1995). The validity of categorical learning disabilities services: The consumer's view. *Exceptional Children, 62*, 111–124.

Hall, J. P. (2002). Narrowing the breach: Can disability culture and full educational inclusion be reconciled? *Journal of Disability Policy Studies, 13*, 144–152.

Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1994). Toward a culture of disability in the aftermath of Deno and Dunn. *Journal of Special Education, 27*, 496–508.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Halpern, A. S. (1993). Quality of life as a conceptual framework for evaluating transition outcomes. *Exceptional Children, 59*, 486–498.

Helwig, R., & Tindal, G. (2003). An experimental analysis of accommodation decisions on large-scale mathematics tests. *Exceptional Children, 69*, 211–225.

Holbrook, P. J. (2001). When bad things happen to good children: A special educator's views of MCAS. *Phi Delta Kappan, 82*, 781–785.

Hoover, J. J., & Patton J. R. (2004). Differentiating standards-based education for students with diverse needs. *Remedial and Special Education, 25*, 74–78.

Huefner, D. S. (2000). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities*. Norwood, MA: Christopher Gordon.

Winzer, M. A. (1993). *The history of special education: From isolation to integration.* Washington, DC: Gallaudet University Press.

Winzer, M. A. (1998). A tale often told: The early progression of special education. *Remedial and Special Education, 19,* 212–218.

Yell, M. L. (in press). *The law and special education* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Yell, M. L., & Drasgow, E. (2005). *No Child Left Behind Act: A guide for professionals.* Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.

Yell, M. L., Rogers, D., & Rogers, E. L. (1998). The legal history of special education: What a long, strange trip it's been! *Remedial and Special Education, 19,* 219–228.

Zelder, E. Y. (1953). Public opinion and public education for the exceptional child: Court decisions 1873–1950. *Exceptional Children, 18,* 187–198.

Zigmond, N. (1997). Educating students with disabilities: The future of special education. In J. W. Lloyd, E. J. Kameenui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 377–390). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Zigmond, N. (2003). Where should students with disabilities receive special education services? Is one place better than another? *The Journal of Special Education, 37,* 193–199.

Zigmond, N., & Baker, J. M. (1995). Concluding comments: Current and future practices in inclusive schooling. *The Journal of Special Education, 29,* 245–250.

CHAPTER 2

Abt Associates. (1976–1977). *Education as experimentation: A planned variation model* (Vols. 3A and 4). Cambridge, MA: Author.

Agran, M., Blanchard, C., & Wehmeyer, M. L. (2000). Promoting transition goals and self-determination through student self-directed learning: The self-determined learning model of instruction. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 35,* 351–364.

Artesani, A. J., & Millar, L. (1998). Positive behavior supports in general education settings: Combining person-centered planning and functional analysis. *Intervention in School and Clinic, 34,* 33–38.

Baker, J. M., & Zigmond, N. (1995). The meaning and practice of inclusion for students with learning disabilities: Themes and implications from the five cases. *Journal of Special Education, 29,* 163–180.

Bank-Mikkelsen, N. E. (1969). A metropolitan area in Denmark: Copenhagen. In R. B. Kugel & W. Wolfensberger (Eds.), *Changing patterns of residential services for the mentally retarded* (pp. 227–254). Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (1998). *Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs* (3rd ed.). Longmont, CO: Sopris West.

Baxter, J. A., Woodward, J., & Olson, D. (2001). Effects of reformation-based mathematics instruction on low achievers in five third-grade classrooms. *Elementary School Journal, 101,* 529–547.

Bogdan, R. (1986). The sociology of special education. In R. J. Morris & B. Blatt (Eds.), *Special education: Research and trends* (pp. 344–359). New York: Pergamon Press.

Bradley, M. R. (Ed.) (2001). Positive behavior supports: Research to practice. *Beyond Behavior, 11*(1), [special feature].

Browder, D. M., Wood, W. M., Test, D. W., Karvonen, M., & Algozzine, B. (2001). Reviewing resources on self-determination: A map for teachers. *Remedial and Special Education, 22,* 233–244.

Buck, G. H., Polloway, E. A., Kirkpatrick, M. A., Patton, J. R., & Fad, K. M. (2000). Developing behavioral intervention plans: A sequential approach. *Intervention in School and Clinic, 36,* 3–9.

Carpenter, B., & Bovair, K. (1996). Learning with dignity: Educational opportunities for students with emotional and behavioral difficulties. *Canadian Journal of Special Education, 11*(1), 6–16.

Carr, M. R. (2004, January 4). My son's disability, and my own inability to see it. *Washington Post,* B5.

Carta, J. J. (1995). Developmentally appropriate practice: A critical analysis as applied to young children with disabilities. *Focus on Exceptional Children, 27*(8), 1–14.

Carta, J. J., & Greenwood, C. R. (1997). Barriers to the implementation of effective educational practices for young children with disabilities. In J. W. Lloyd, E. J. Kameenui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 261–274). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Chadsey-Rusch, J., & Heal, L. W. (1995). Building consensus from transition experts on social integration outcomes and interventions. *Exceptional Children, 62,* 165–187.

Condon, K. A., & Tobin, T. J. (2001). Using electronic and other new ways to help students improve their behavior: Functional behavioral assessment at work. *Teaching Exceptional Children, 34*(1), 44–51.

Cook, B. G., Gerber, M. M., & Semmel, M. I. (1997). Are effective school reforms effective for all students? The implications of joint outcome production for school reform. *Exceptionality, 7,* 77–95.

Cook, L., & Friend, M. (1998). Co-teaching: Guidelines for creating effective practices. In E. L. Meyen, G. A. Vergason, & R. J. Whelan (Eds.), *Educating students with mild disabilities: Strategies and methods* (2nd ed., pp. 453–479). Denver, CO: Love.

Crissey, M. S., & Rosen, M. (Eds.). (1986). *Institutions for the mentally retarded: A changing role in changing times.* Austin, TX: Pro-Ed.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1998). Taking inclusion back to its roots. *Educational Leadership, 56*(2), 74–77.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1999). *The least restrictive environment: Its origins and interpretations in special education.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (2001). The concept of the least restrictive environment and learning disabilities: Least restrictive of what? Reflections on Cruickshank's 1977 guest editorial for the *Journal of Learning Disabilities.* In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp. 147–166). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cronin, M. E. (2000). Instructional strategies. In P. L. Sitlington, G. M. Clark, & O. P. Kolstoe (Eds.), *Transition education and services for adolescents with disabilities* (3rd ed., pp. 255–283). Boston: Allyn & Bacon.

Cruickshank, W. M. (1977). Guest editorial. *Journal of Learning Disabilities, 10,* 193–194.

Dobbs, M. (2004, April 22). "No child" law leaves schools' old ways behind. *The Washington Post,* A1, A12–A13.

Duhaney, L. M. G., & Salend, S. J. (2000). Parental perceptions of inclusive educational placements. *Remedial and Special Education, 21,* 121–128.

Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education.* Lanham, MD: Scarecrow Education.

Kauffman, J. M. (2004). The president's commission and the devaluation of special education. *Education and Treatment of Children, 27* 307–324.

Kauffman, J. M. (2005a). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice-Hall.

Kauffman, J. M. (2005b). How we prevent the prevention of emotional and behavioural difficulties in education. In P. Clough, P. Garner, & J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 366–376). London: Sage.

Kauffman, J. M. (in press). Waving to Ray Charles: Missing the meaning of disability. *Phi Delta Kappan, 86*(6).

Kauffman, J. M., Bantz, J., & McCullough, J. (2002). Separate and better: A special public school class for students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality, 10,* 149–170.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1997). A diversity of restrictive environments: Placement as a problem of social ecology. In J. W. Lloyd, E. J. Kameenui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 325–342). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005a). *Special education: What it is and why we need it.* Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2005b). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special educational bandwagon* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A history of their education.* Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., McGee, K., & Brigham, M. (2004). Enabling or disabling? Observations on changes in the purposes and outcomes of special education. *Phi Delta Kappan, 85,* 613–620.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Wiley, A. L. (2004). How the President's Commission on Excellence in Special Education (PCESE) devalues special education. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 13* 3–6.

Lloyd, J. W., Forness, S. R., & Kavale, K. A. (1998). Some methods are more effective. *Intervention in School and Clinic, 33*(1), 195–200.

MacMillan, D. L., & Forness, S. R. (1998). The role of IQ in special education placement decisions: Primary and determinative or peripheral and inconsequential? *Remedial and Special Education, 19,* 239–253.

MacMillan, D. L., & Hendrick, I. G. (1993). Evolution and legacies. In J. I. Goodlad & T. C. Lovitt (Eds.), *Integrating general and special education* (pp. 23–48). Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Martin, E. W. (1995). Case studies of inclusion: Worst fears realized. *The Journal of Special Education, 29,* 192–199.

Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2002). Preparing teachers for full inclusion: Is it possible? *The Teacher Educator, 37,* 202–215.

Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2005). The delusion of full inclusion. In J. W. Jacobson, R. M. Foxx, & J. A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 113–128). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Morse, W. C. (1984). Personal perspective. In B. Blatt & R. Morris (Eds.), *Perspectives in special education: Personal orientations* (pp. 101–124). Glenview, IL: Scott, Foresman.

National Center on Educational Restructuring and Inclusion (1995). National study on inclusion: Overview and summary report. *National Center on Educational Restructuring and Inclusion Bulletin, 2*(2), 1–10.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism.* Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.

Richards, P. L., & Singer, G. H. S. (1998). "To draw out the effort of his mind": Educating a child with mental retardation in early-nineteenth-century America. *The Journal of Special Education, 31,* 443–466.

Safford, P. L., & Safford, E. H. (1998). Visions of the special class. *Remedial and Special Education, 19,* 229–238.

Sarason, S. B. (1990). *The predictable failure of educational reform: Can we change course before it's too late?* San Francisco: Jossey-Bass.

Schiller, E. P., & Malouf, D. B. (2000). Research syntheses: Implications for research and practice. In R. Gersten, E. P. Schiller, & S. Vaughn (Eds.), *Contemporary special education research: Syntheses of the knowledge base on critical instructional issues* (pp. ix–xi). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Smith, J. D. (1998a). Histories of special education: Stories from our past, insights for our future. *Remedial and Special Education, 19,* 196–200.

Smith, J. D. (Ed.). (1998b). The history of special education: Essays honoring the bicentennial of the work of Jean Itard. [Special issue]. *Remedial and Special Education, 19*(4).

Stainback, W., & Stainback, S. (1984). A rationale for the merger of special and regular education. *Exceptional Children, 51,* 102–111.

Stein, M., & Davis, C. A. (2000). Direct instruction as a positive behavioral support. *Beyond Behavior, 10*(1), 7–12.

Stullken, E. H. (1950). Special schools and classes for the socially maladjusted. In N. B. Henry (Ed.), *The education of exceptional children.* Forty-ninth Yearbook of the National Society for the Study of Education (Part 2, pp. 281–301). Chicago: University of Chicago Press.

Trent, J. W. (1998). Defectives at the World's Fair: Constructing disability in 1904. *Remedial and Special Education, 19,* 201–211.

U.S. Department of Education. (1995). *Seventeenth annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author.

U.S. Department of Education. (1997). *Nineteenth annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author.

U.S. Department of Education. (2002). *Twenty-fourth annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author.

Verstegen, D. A., & Clark, D. L. (1988). The diminution of federal expenditures for education during the Reagan administration. *Phi Delta Kappan, 70,* 134–138.

Will, M. C. (1986). Educating children with learning problems: A shared responsibility. *Exceptional Children, 52,* 411–415.

Winzer, M. A. (1986). Early developments in special education: Some aspects of Enlightenment thought. *Remedial and Special Education, 7*(5), 42–49.

Reference

CHAPTER 1

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (1998). *Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs* (3rd ed.). Longmont, CO: Sopris West.

Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72,* 549–568.

Bolick, C. (2001, September 5). A bad IDEA is disabling public schools. *Education Week,* pp. 56, 63.

Carr, M. R. (2004, January 4). My son's disability, and my own inability to see it. *Washington Post,* p. B5.

Clark, D. L., & Astuto, T. A. (1988). *Education policy after Reagan: What next?* Occasional paper No. 6, Policy Studies Center of the University Council for Educational Administration, University of Virginia, Charlottesville.

Council for Exceptional Children. (1998). *What every special educator must know* (3rd ed.). Reston, VA: Author.

Crockett, J. B. (1999–2000). Viable alternatives for students with disabilities: Exploring the origins and interpretations of LRE. *Exceptionality, 8,* 43–60.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1999). *The least restrictive environment: Its origins and interpretations in special education.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (2001). The concept of the least restrictive environment and learning disabilities: Least restrictive of what? Reflections on Cruickshank's 1977 guest editorial for the Journal of Learning Disabilities. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp 147–166). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cruickshank, W. M. (1977). Guest editorial. *Journal of Learning Disabilities, 10,* 193–194.

Dupre, A. P. (1997). Disability and the public schools: The case against "inclusion." *Washington Law Review, 72*(3), 775–858.

Finn, C. E., Jr., & Rotherham, A. J. (2001, December 26). Give special ed a road map to success. *Los Angeles Times,* p. B13.

Finn, C. E., Jr., Rotherham, A. J., & Hokanson, C. R., Jr. (Eds.). (2001). *Rethinking special education for a new century.* New York: Thomas B. Fordham Foundation.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (1994). Inclusive schools movement and the radicalization of special education reform. *Exceptional Children, 60,* 294–309.

Fisher, M. (2001, December 13). Students still taking the fall for D. C. schools. *Washington Post,* p. B1.

Gersten, R., Schiller, E. P., & Vaughn, S. (2000). Preface. In R. Gersten, E. P. Schiller, & S. Vaughn (Eds.), *Contemporary special education research: Syntheses of the knowledge base on critical instructional issues* (pp. ix–xi). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Gliona, M. F., Gonzales, A. K., & Jacobson, E. S. (2005). Dedicated, not segregated: Suggested changes in thinking about instructional environments and in the language of special education. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed.) (pp. 135–146). Austin, TX: Pro-Ed.

Goodman, J. F., & Bond, L. (1993). The individualized education program: A retrospective critique. *Journal of Special Education, 26,* 408–422.

Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1977). Labels, categories, behaviors: ED, LD, and EMR reconsidered. *Journal of Special Education, 11,* 139–149.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children.* Baltimore: Paul H. Brookes.

Heward, W. L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *The Journal of Special Education, 36,* 186–205.

Hendrick, I. G., & MacMillan, D. L. (1989). Selecting children for special education in New York City: William Maxwell, Elizabeth Farrell, and the development of ungraded classes, 1900–1920. *Journal of Special Education, 22,* 395–417.

Hockenbury, J. C., Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1999–2000). What's right about special education? *Exceptionality, 8*(1), 3–11.

Howe, K. R., & Miramontes, O. B. (1992). *The ethics of special education.* New York: Teachers College Press.

Huefner, D. S. (1994). The mainstreaming cases: Tensions and trends for school administrators. *Educational Administration Quarterly, 30,* 27–55.

Huefner, D. S. (2000). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities.* Norwood, MA: Christopher Gordon.

Hungerford, R. (1950). On locusts. *American Journal of Mental Deficiency, 54,* 415–418.

Itard, J. M. G. (1962). *The wild boy of Aveyron.* (George & Muriel Humphrey, Trans.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kanner, L. (1964). *A history of the care and study of the mentally retarded.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kauffman, J. M. (1995). Why we must celebrate a diversity of restrictive environments. *Learning Disabilities Research and Practice, 10,* 225–232.

Kauffman, J. M. (1999a). Today's special education and its messages for tomorrow. *The Journal of Special Education, 32,* 244–254.

Kauffman, J. M. (1999b). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children, 65,* 448–468.

Kauffman, J. M. (1999–2000). The special education story: Obituary, accident report, conversion experience, reincarnation, or none of the above? *Exceptionality, 8*(1), 61–71.